UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

ROBÉRIO SOARES MESQUITA

COMPROMETIMENTO MÉDICO E CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

SALVADOR - BA
2010

ROBÉRIO SOARES MESQUITA

COMPROMETIMENTO MÉDICO E CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração do Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

SALVADOR - BA
2010

M582 Mesquita, Robério Soares
Comprometimento médico e característica organizacionais / Robério Soares Mesquita. – 2010.
127 f.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 2010.

1. Comportamento organizacional. 2. Anestesistas – Satisfação no trabalho – Estudo de casos. 3. Perícia médica – Satisfação no trabalho – Estudo de casos. 4. Serviços de saúde. 5. Comprometimento (Psicologia). I. Título.

CDD 658.4

AGRADECIMENTOS

Fiz vestibular para Medicina e Administração de Empresas, sendo aprovado nas duas seleções.

Durante seis meses cursei simultaneamente as duas faculdades, mas a carga horária requerida pelo curso de Medicina me obrigou a pedir desligamento do curso de Administração. Sempre tive grande interesse pela área, pois o histórico de empreendedorismo dos meus pais me abriu estes horizontes.

Quando participei do processo seletivo para este Mestrado, uma coisa interessante me ocorreu: A Escola de Administração fica em frente à Faculdade de Medicina em que me graduei. Realmente o meu destino se cruza com esta ciência, o que pude comprovar ao longo de todo este curso.

Listar pessoas a agradecer é um trabalho arriscado, pois podemos nos esquecer de pessoas importantes, portanto gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, mas especialmente a:

Minha mãe, pelo carinho, amor, atenção, dedicação incondicional, exemplo de conduta ética e moral e orientações em minha jornada de vida, sem as quais certamente não alcançaria nem metade do que alcancei.

Meu pai (*in memoriam*), pelo exemplo de vida que foi: homem honesto, íntegro e coerente, convicto de suas idéias e sempre presente em meus pensamentos quando tenho que decidir entre o certo e o errado.

Meu irmão, pelo companheirismo, cumplicidade e pelos muitos projetos em comum que tivemos e teremos ao longo da vida, sendo este Mestrado uma das etapas que procurei vencer com o objetivo de concretizá-los.

Verusa, minha fiel companheira, que me fez enxergar a vida de modo diferente, quando me deu o maior presente de minha vida: meu filho Pedro Gabriel.

Minha Orientadora, Professora Vera Mendes, que me deu a mão no momento em que mais eu precisava. Seu estímulo, dedicação, amizade, competência e confiança me inspiraram a vencer todos os obstáculos.

Meu amigo Claudomiro César Santana, que sempre acreditou em meu potencial e contribuiu com grande generosidade para que eu alcançasse esta meta.

Aos colegas Médicos da CAS e do INSS que participaram deste estudo. A todos os colegas, professores e funcionários da Escola de Administração da UFBA pela oportunidade da convivência tão proveitosa para minha formação.

A todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para a conclusão deste estudo, fica minha eterna gratidão.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar o grau de comprometimento de dois grupos distintos de médicos: Anestesiologistas da Clínica de Anestesia de Salvador (CAS) e Peritos Médicos Previdenciários lotados nas agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Salvador, Bahia-Brasil. Foram analisados o comprometimento nos focos organização e carreira. Na vertente organizacional, foram analisados os vínculos psicológicos dos indivíduos com as mesmas nas bases afetiva e instrumental. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, exploratório, descritivo e analítico. Os Anestesiologistas e os Peritos são grupos compostos por 70 e 66 indivíduos, respectivamente. A pesquisa teve como amostra 100% dos dois grupos, conseguindo-se um total de 91,4% de respondentes entre os Anestesiologistas e 93,9 % entre os Peritos. O instrumento de coleta de dados utilizou o formato Likert, estando dividido em duas partes: a primeira contendo sentenças relativas a informações pessoais e profissionais e a segunda parte utilizada para mensurar o comprometimento em seus focos e bases. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *software* SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* 12.0, utilizando-se o teste t para comparar os grupos e o coeficiente de *Pearson* para realizar as análises de correlação. Os Anestesiologistas se caracterizaram por ser um grupo predominantemente masculino (93,75%) e mais jovem (38 anos), e os Peritos um grupo composto em sua maioria por mulheres (58%) e com idade mais elevada (45 anos). O grau de comprometimento foi classificado de acordo com a escala proposta por Carvalho, em que o grau de comprometimento varia de negativo a muito positivo. Os resultados encontrados demonstraram que as características pessoais e profissionais não exerceram significativas influências sobre o grau de comprometimento em nenhum dos focos e bases do comprometimento estudado. Foi encontrado um grau de comprometimento positivo com a organização e a carreira entre os Anestesiologistas, e um comprometimento negativo entre os Peritos nesses dois focos. Ao se analisar o grau de comprometimento com a organização nas bases afetiva e instrumental, verificou-se que os Anestesiologistas apresentaram um comprometimento positivo na base afetiva e moderadamente positivo na base instrumental. Os Peritos apresentaram um comprometimento moderadamente negativo na base afetiva e moderadamente positivo na base instrumental. O comprometimento com a organização na base instrumental foi a única variável entre aquelas relacionadas às medidas do comprometimento em que os dois grupos apresentaram medidas semelhantes. Em todas as outras medidas do comprometimento, os Anestesiologistas apresentam graus de comprometimento significativamente mais elevados que os Peritos. Os resultados encontrados demonstram que médicos quando submetidos a organizações com diferentes características apresentam diferentes graus de comprometimento com a organização e com a carreira. A medicina enquanto profissão apresenta características *sui generis* em relação à inserção dos seus profissionais no mercado de trabalho, entretanto o conhecimento do comportamento organizacional destes indivíduos, e como os mesmos encaram seu futuro profissional é um tema pouco explorado no Brasil. Este estudo pode trazer contribuições importantes com relação a esta temática para que se possam estabelecer políticas em relação à gestão do trabalho no setor de saúde com o objetivo de aumentar o comprometimento destes profissionais e, consequentemente, uma melhoria da qualidade do sistema como um todo.

Palavras-chave: Comprometimento organizacional; gestão mão de obra médica; organizações prestadoras de serviços de saúde.

ABSTRACT

This project aims to describe the commitment degree of two distinct groups of physicians: Anesthesiologists of Anesthetic Clinical of Salvador (CAS) and Medical Pension Experts of National Social Security Institute (INSS) in Salvador, Bahia, Brazil. We analyzed the commitment focused in organization and career. In the organizational approach, were analyzed the psychological commitment on the affective and instrumental bases. This is a case study, with has an analytical, quantitative and descriptive approaches. Anesthesiologists and the Expert are groups composed by 70 and 66 individuals respectively. The survey sample was 100% of both groups, achieving a total of 91.4% of respondents between the anesthesiologists and 93.9% among the Experts. A data collection instrument used was the Likert format, and divided into two parts: the first containing personal and professional information and the second designed to obtain information about their commitment with the targets and bases. The statistical data was performed using *software* SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* 12.0, using the t test to compare groups and *Pearson's* coefficient for data analysis of correlation. The commitment degree was classified based on Carvalho scale (2000), were the results can be between negative to a very positive degree. The reached results showed that the personal and professional characteristics did not exert significant influences on the commitment degree in any of the focus and bases of commitment studied. We found a positive level of commitment to the organization and career among anesthesiologists, and a negative compromise between experts in these two subjects. When analyzing the commitment degree with organization to the affective and instrumental bases, it was found that the anesthesiologists had a positive commitment on affective base and moderately positive in the instrumental base. The experts showed a moderate negative in affective base and moderately positive in the instrumental base. The commitment to the organization in instrumental base was the only variable among those related to measures of commitment in the two groups had similar measures. In all other measures of commitment, the anesthesiologists have commitment degrees were significantly higher than the Experts. The results show that when doctors were subjected to organizations with different characteristics may have different degrees of commitment to the organization and your career. Medicine as a profession has unique characteristics in relation to the insertion of its professionals in the labor market. Knowledge of organizational behavior of these individuals, and how they engage in their professional future is a topic little explored in Brazil, but extremely relevant. This study may bring important contributions with respect to this issue so they can establish policies regarding the management of work in the health sector with the aim of increasing the involvement of these professionals and, consequently, an improvement of the system as a whole. In this study, we can conclude that doctors, when linked to organizations with different characteristics, may present different degrees of commitment to the organization and your career.

Keywords: Commitment, medical manpower managing, medical health organizations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide das necessidades de Maslow 40

Figura 2 - Gráficos da correlação da idade do entrevistado e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 85

Figura 3 - Gráficos da correlação da idade do entrevistado e o grau de comprometimento organizacional dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 85

Figura 4- Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 87

Figura 5- Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e os graus de comprometimento com a organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 88

Figura 6: Gráficos da correlação entre renda total (em reais) e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 89

Figura 7: Gráficos da correlação entre renda total (em reais) e o grau de comprometimento com a organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 90

Figura 8: Gráficos da correlação entre idade e o grau de comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. 94

Figura 9: Gráficos da correlação entre idade e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva do grupo dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.... 94

Figura 10: Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e a média do comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 96

Figura 11: Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e a média do comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 97

Figura 12: Gráficos da correlação entre renda total declarada (em reais) e a média do comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 98

Figura 13: Gráficos da correlação entre renda total declarada (em reais) e a média do comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010..... 98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das organizações (CAS e INSS). SSA/BA, 2010 63
Quadro 2: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento com a organização. ... 67
Quadro 3: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento com a carreira 67
Quadro 4: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento organizacional de base afetiva..... 68
Quadro 5: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento organizacional de base instrumental..... 68
Quadro 6: Classificação das Médias de Comprometimento 68

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos grupos por faixa etária e organização. Salvador/BA, 2010. 71

Tabela 02 – Distribuição dos grupos por sexo. Salvador/BA, 2010. 73

Tabela 03 – Distribuição dos grupos por estado civil. Salvador/BA, 2010. 73

Tabela 04 – Distribuição dos grupos por grau de pós-graduação. Salvador/BA, 2010. 74

Tabela 05 – Distribuição dos grupos por tempo de formatura. Salvador/BA, 2010. 74

Tabela 06 – Distribuição dos grupos por tempo de término da especialização. Salvador/BA, 2010. 75

Tabela 07 – Distribuição dos grupos em relação a possuírem outros vínculos de trabalho. Salvador/BA, 2010. 76

Tabela 08 – Distribuição dos grupos em relação à renda total em Salários Mínimos (SM). Salvador/ BA, 2010. 76

Tabela 09 – Distribuição dos grupos por percentual da renda oriunda da organizacao em relação à renda total. Salvador/BA, 2010. 77

Tabela 10 – Distribuição dos grupos em relacao ao tempo de trabalho na Organização. Salvador/ BA, 2010. 78

Tabela 11 – Distribuição dos grupos em relacao ao grau de dificuldade para admissão na organização. Salvador/ BA, 2010. 78

Tabela 12 – Distribuição dos grupos em relação à percepcao da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização. Salvador/BA, 2009. 79

Tabela 13 – Média dos graus de comprometimento nos focos carreira e organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010 80

Tabela 14 - Comparação dos graus de comprometimento com a organização e a carreira, em relação ao sexo, dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010. 86

Tabela 15 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação ao estado civil dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 87

Tabela 16 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação à presença de outros vínculos de trabalho dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010. 89

Figura 6: Gráficos da correlação entre renda total (em reais) e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010 89

Tabela 17 – Correlação do tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a carreira e organização dos Anestesiologistas e Peritos. Salvador, 2010 91

Tabela 18 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação ao grau de dificuldade percebido para ser admitido na organização dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010. 92

Tabela 19 – Média dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 92

Tabela 20 – Média dos graus de comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 93

Tabela 21- Comparação dos graus de comprometimento organizacional de bases afetiva e instrumental, em relação ao sexo, dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada base. Salvador/BA, 2010..... 95

Tabela 22 – Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental em relação ao estado civil dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 96

Tabela 23 - Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental em relação à presença de outros vínculos de trabalho dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 97

Tabela 24 – Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, em relação ao grau de dificuldade percebido para ser admitido na organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010. 100

Tabela 25 – Comparação das médias do comprometimento no foco organização e carreira, e no comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização entre os Anestesiologistas, usando a média de cada domínio. Salvador/BA, 2010. 101

Tabela 26 – Comparação das médias do comprometimento no foco organização e carreira e no organizacional nas bases afetiva e instrumental em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização entre os Peritos, usando a média de cada domínio. Salvador/BA, 2010. 102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Affective Commitment Scale
ACO	Affective Commitment to the Occupation
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANMP	Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAS	Clínica de Anestesia de Salvador
CCO	Continuance Commitment to the Occupation
CCS	Continuance Commitment Scale
CFM	Conselho Federal de Medicina
COOPANEST-BA	Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas da Bahia.
COOPAS	Cooperativa dos Anestesiologistas de Salvador
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CREMEB	Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DRG	Diagnostic Related Groups
ECT	Empresa de Correios e Telégrafos
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GDAMP	Gratificação por Desempenho de Atividade Médico-Pericial
GDAPMP	Gratificação de Desempenho de Atividade de Perícia Médica Previdenciária
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários
IAPETC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Trabalhadores em Transporte e Cargas
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISS	Imposto Sobre Serviços
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NCS	Normative Commitment to the Occupation
OCQ	Organizational Commitment Questionnaire
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Pesquisa Anual de Serviços
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SAEB	Sociedade de Anestesiologia do Estado da Bahia
SAS	Serviço de Anestesia de Salvador
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREF	Sistema de Registro Eletrônico de Frequência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSA	Título Superior em Anestesiologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7

2 O SETOR DE SERVIÇOS, AS ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÀTICA MÈDICA NO BRASIL 9

2.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 13
2.2 HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL 17
2.3 A PRÁTICA MÉDICA NO BRASIL 22

3 REMUNERAÇÃO DO TRABALHO E O VÍNCULO ESTATUTÁRIO 26

3.1 REMUNERAÇÃO DO TRABALHO 26
3.1.1 Remuneração do Trabalho Médico 27
3.2 O VÍNCULO ESTATUTÁRIO 30

4 COMPROMETIMENTO 38

4.1 COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E ANTECEDENTES 46

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 50

5.1 CONTEXTO DO ESTUDO 50
5.2 TIPO DE ESTUDO 51
5.3 LÓCUS DA PESQUISA 51
5.3.1 Características das organizações 51
5.3.1.1 Clínica de Anestesiologia de Salvador 51
5.3.1.2 Instituto Nacional do Seguro Social 56
5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 64
5.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 65

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 69

6.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DA CLÍNICA DE ANESTESIA DE SALVADOR E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS 70
6.1.1 Distribuição dos grupos por faixa etária 70
6.1.2 Distribuição dos grupos por sexo 72
6.1.3 Distribuição dos grupos por estado civil 73
6.1.4 Distribuição dos grupos por grau de pós-graduação 73
6.1.5 Distribuição dos grupos por tempo de formatura e término da especialização. 74
6.2 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DA CLÍNICA DE ANESTESIA DE SALVADOR E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS 75
6.2.1 Distribuição dos grupos em relação a possuírem outros vínculos de trabalho 75
6.2.2 Distribuição dos grupos em relação à renda total e percentual da renda oriunda da organização em relação à renda total 76
6.2.3 Distribuição dos grupos em relação ao tempo de trabalho na Organização 77
6.2.4 Distribuição dos grupos em relação ao grau de dificuldade para admissão na Organização 78
6.2.5 Distribuição dos grupos em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização 79

6.3 GRAUS DE COMPROMETIMENTO DOS GRUPOS NOS FOCOS CARREIRA E ORGANIZAÇÃO 80
6.3.1 Graus de comprometimento com a carreira e com a organização dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características pessoais..... 84
6.3.2 Graus de comprometimento com a carreira e com a organização dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características profissionais..... 88
6.4 GRAUS DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE BASE AFETIVA E INSTRUMENTAL DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CAS E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS 92
6.4.1 Graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características pessoais. 94
6.4.2 Graus de comprometimento de base afetiva e instrumental dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características profissionais 97
6.5 GRAUS DE COMPROMETIMENTO COM A CARREIRA E A ORGANIZAÇÃO DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CAS E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS FRENTE À PERCEPÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO ADOTADO 101
7 CONCLUSÃO 103
REFERÊNCIAS 113

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são um dos mais complexos setores da economia, pois sofrem influência de todas as áreas: científica, social, educacional, econômica, cultural e comercial.

Segundo Kleczkowski (*apud* PAIM, 2003), os sistemas de serviços de saúde são formados por 5 componentes fundamentais: prestação da atenção (modelo assistencial), organização dos recursos, desenvolvimento de recursos de saúde (infra-estrutura, recursos materiais, humanos e tecnológicos), apoio econômico (financiamento) e gestão.

Os sistemas de saúde conseguem funcionar satisfatoriamente com a adequada alocação destes componentes.

A prestação da atenção (modelo assistencial), um dos componentes dos sistemas de serviços de saúde, é definida por Paim et al (2003, p 568), como:

> As combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde, incluindo ações ambientais, grupos populacionais, equipamentos e usuários de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc.), com o objetivo de prover serviços de saúde.

Ainda, segundo Paim et al (2003), o modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de "lógica" que orienta a ação.

Os modelos assistenciais podem estar voltados para a demanda espontânea (modelo médico-assistencial privatista), ou para as necessidades de saúde relacionadas ao coletivo (modelo sanitarista). O modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado, estando voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento ou sofrimento, procuram os serviços de saúde.

Esse modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Nesse caso, as preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento com ênfase na assistência hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização dos recursos para a oferta. Outras vezes, é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, que determina o consumo de serviços de saúde.

O modelo médico-assistencial privatista, centrado na "demanda espontânea", está presente na medicina liberal, nas cooperativas médicas, na medicina de grupo, no seguro

saúde, e também nos serviços públicos, quando estes não estiverem organizados para atender as necessidades de uma população definida.

O modelo sanitarista tem, por característica, o enfrentamento dos problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, rehidratação oral etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental etc.), têm um caráter temporário, requerendo uma grande mobilização de recursos, possuindo uma administração centralizada (TEIXEIRA; PAIM, 1998).

No Brasil convivem, atualmente, os dois modelos: o modelo médico-assistencial "privatista" e o modelo assistencial "sanitarista". Segundo Teixeira e Paim (1998), o sistema de saúde brasileiro é, hoje, palco da disputa entre estes dois modelos assistenciais.

Como o modelo hegemônico no Brasil é o médico-assistencial privatista, que tem o médico como sujeito principal, a análise do comprometimento com a organização na qual está inserido e o comprometimento com a carreira desses profissionais, torna-se relevante objeto de pesquisa.

Originalmente o médico era um profissional liberal, sendo remunerado pelo serviço prestado. Cada família tinha o seu médico e, sempre que necessário, o mesmo era chamado para prestar atendimento, recebendo seu pagamento diretamente daquele a quem assistia.

Até o final do século passado, a prática médica era uma atividade essencialmente clínica, generalista e curativa, sendo regida por uma relação individualizada e liberal entre o médico e o paciente.

Durante muito tempo, ser médico significava ser bem sucedido. Todos os sacrifícios impostos, como as incontáveis horas de estudo, a abdicação das horas de lazer e os plantões noturnos, pareciam valer a pena. Abdicar do lazer em prol da ciência e da aquisição de "um futuro melhor" parecia lúcido e correto (HOSSNE, 1986).

A garantia do retorno financeiro, o baixo índice de desemprego e o prestígio conferido pela profissão eram fatores relevantes quando da escolha da profissão médica.

Progressivamente, a tecnologia e a precisão passaram a caracterizar progressivamente o ato clínico. A introdução do termo "medicina tecnológica" vem se referir à especialização e o predomínio da tecnologia, que impõe a utilização maciça de equipamentos (DONNANGELO, 1975). A especialização fez com que a prática médica fosse dividida segundo um determinado tipo de doença ou região anatômica do corpo.

Estas mudanças, associadas ao empresariamento das práticas em saúde, deslocou o local predominante da prática médica do consultório individual para as organizações hospitalares modernas. No interior dos hospitais e demais serviços de saúde, o médico passou a vivenciar a

tensão entre a autonomia do modelo artesanal e a heteronímia da ordem social e institucional, aliados a novos modelos de organização do trabalho. Estes novos modelos, determinados pelas características das organizações podem ter exercido importantes mudanças no comportamento dos médicos e como os mesmos percebem o seu labor.

Segundo Gadelha (1982) ocorreu, não apenas um deslocamento do local da prática médica, mas, também, uma significativa mudança no processo de trabalho médico, devido à incorporação de novos modelos de produção do trabalho médico: a produção privada desenvolvida em organizações empresariais, e a estatal, financiada com recursos públicos. Esta última pode ser prestada de forma direta ou indireta, através da compra de serviços de entidades privadas.

A expansão do setor de assistência supletiva à saúde no Brasil, a partir da década de 1990, representada por cooperativas de prestação de serviços médicos, seguradoras e empresas médicas, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras, contribuiu para reconfigurar as bases de organização da produção do trabalho médico, suas formas de remuneração e a forma como estes profissionais enxergam sua carreira e o seu trabalho dentro das organizações.

O financiamento da assistência à saúde prestada por estas entidades é realizado mediante contribuições individuais ou por empresas que compram os serviços destas. O acesso à rede de serviços de saúde é realizado das mais diversas formas, mas sempre determinados pelo poder financeiro da fonte pagadora, seja ela privada, ou pública pelo Sistema Único de Saúde.

O modelo de remuneração adotado por estas organizações também sofreu importantes modificações em consequência destas mudanças. As organizações prestadoras de serviços de saúde, representados por clínicas, hospitais, laboratórios etc., tem, em seus quadros funcionais, profissionais médicos que são remunerados das mais diversas maneiras: por serviço prestado, plantões ou mesmo assalariados com pagamento previamente fixado.

Neste processo, os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas a muitos trabalhadores: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas e redução da remuneração e perda do controle de sua atividade, fazendo com que o termo “profissional liberal” perdesse o sentido.

Vários estudos têm revelado mudanças nas condições do trabalho médico caracterizadas pela elevada frequência de trabalho informal na prática destes profissionais, com remuneração por procedimento realizado, especialmente no setor privado, e consequente redução do trabalho assalariado.

Estas condições relacionam-se à subcontratação, terceirização e precarização do trabalho, principalmente no setor privado, mas, também, no setor público.

Este cenário tem motivado os médicos a buscarem alternativas em relação à sua carreira, buscando se vincular a organizações que possam propiciar estabilidade e benefícios diversos como férias remuneradas, décimo terceiro salário, licença maternidade e licença médica, em caso de necessidade, por tempo indeterminado, além de aposentadoria com vencimentos integrais. O serviço público, em muitos casos tem representado essa alternativa.

Pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), no ano de 2002, identificou que cerca de 60% dos médicos vêem o futuro da profissão com pessimismo ou incerteza, enquanto somente 18,5% estão otimistas, o que pode implicar reflexos negativos no comprometimento com a carreira, e, consequentemente, na atuação destes profissionais.

A gestão da mão de obra dos médicos representa uma das "áreas-problema" na administração dos já complexos sistemas e serviços de saúde. O comportamento e o desempenho destes profissionais são influenciados tanto por fatores eminentemente técnicos, como qualificação profissional e recursos materiais disponíveis, como também por outros aspectos relacionados às questões individuais, como auto-interesses, satisfação com o trabalho, motivação e comprometimento.

As atividades destes profissionais precisam ser desenvolvidas em ambientes favoráveis, pois exige elevado grau de comprometimento, o que pode refletir diretamente na qualidade, na humanização e na eficiência da assistência prestada aos usuários.

O grau de comprometimento pode exercer forte influência sobre a atitude que o médico tem frente às inúmeras decisões que toma diariamente.

O trabalho médico quando desenvolvido de forma eficaz e eficiente é fundamental para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, mas todas estas transformações têm provocado reflexos importantes quando da escolha da medicina como profissão e no comprometimento do profissional com a carreira médica.

Segundo Bastos (1994, p 57),

> Comprometer-se significa sentir-se vinculado a algo e permanecer naquele curso de ação. Nesse sentido o comprometimento com a carreira pode ser importante preditor do quanto o indivíduo investe no seu crescimento profissional, qual o seu empenho extra em se manter atualizado na profissão e responder às expectativas sociais que cercam o seu exercício profissional.

Bastos e Lira (1997) afirmam que o comprometimento é um estado psicológico que tem implicações nas decisões relativas a cursos de ação específicos em relação a cada alvo ou foco de trabalho. Este vínculo estaria construído sob laços profundos e duradouros, não sofrendo facilmente influencia de aspectos circunstanciais.

O comprometimento no trabalho é um construto com extensa tradição de pesquisa dentro do estudo do comportamento organizacional. Esse conceito vem sendo estudado como preditor de diferentes variáveis no mundo do trabalho: absenteísmo, rotatividade de pessoal, intenção em deixar a organização, saída efetiva, assiduidade, pontualidade, atitude face ás mudanças, desempenho individual e organizacional, comportamentos de cidadania e comportamentos de negligência, entre outros (RONALDO PILATI, 2003).

Os estudos sobre comprometimento estão relacionados aos focos organização, carreira e sindicato (BASTOS; LIRA, 2007). No que se refere ao foco organização, esta se configura em bases afetiva, instrumental e normativa. O comprometimento de base afetiva está vinculado às expectativas atendidas e às condições de trabalho; o instrumental se vincula à avaliação de perdas e benefícios e o normativo está vinculado ao sentimento de dever e valores pessoais (MEYER; ALLEN; SMITH, 1993).

Para Blau (2001) carreira é o padrão de experiências relacionadas ao trabalho de um indivíduo por toda sua vida, assim, um indivíduo teria uma carreira independentemente das mudanças de emprego, cargo ou ocupações.

Para Bastos (1994, p 75), o termo ocupação ou vocação descrevem o "conjunto de conhecimentos e habilidades relativos à produção de um bem ou a prestação de um serviço"; assim sendo, o comprometimento com a carreira diz respeito ao relacionamento psicológico entre o indivíduo e a sua ocupação/vocação (LEE *apud* BLAU, 2001).

Blau (1985, p 283) define o comprometimento com a carreira, como "a atitude de um indivíduo em relação à sua profissão ou vocação".

Compreender os elementos que vinculam um indivíduo à sua carreira e à organização e as implicações de tais vínculos é, para Bastos (1997), a questão básica do campo dos estudos do comportamento organizacional.

Os estudos relacionados ao comprometimento organizacional possuem uma premissa em comum: um elevado grau de comprometimento organizacional contribui para que as organizações atinjam seus objetivos, e, consequentemente, melhorem o seu desempenho.

O grau de comprometimento destes profissionais se reflete na sua prática diária, que, por sua vez, terá influência direta sobre a qualidade dos serviços prestados.

As relações entre comprometimento e um conjunto de antecedentes tem sido estabelecidas por diversos autores. Mathieu e Zajac (1990), em revisão de 124 trabalhos relacionados ao tema, publicados no período de 1967 a 1987, definiram as variáveis utilizadas nos trabalhos sobre comprometimento em:

a) Antecedentes, que estudam características pessoais, características do trabalho, relações com o grupo e com o líder, características da organização e *status* da função;

b) Correlatos, que estudam motivação, satisfação no trabalho, *stress* e envolvimento com o trabalho;

c) Consequentes, que estudam *performance* no trabalho, alternativas de trabalho, intenção em procurar novo emprego, intenção em deixar a organização, pontualidade, *turn-over* e absenteísmo.

Estes autores identificaram que variáveis antecedentes, relacionadas às características pessoais, tais como idade, sexo, estado civil e tempo de vínculo com a organização dentre outras, exercem forte influência no tipo e grau das expectativas relacionadas ao trabalho esperadas pelos indivíduos, entretanto, se apresentam, na maioria das vezes, como fatores não modificáveis, ou de difícil modificação. As características organizacionais são os fatores antecedentes mais susceptíveis a modificações, e, portanto, com maior potencial para influenciar o atendimento das necessidades e expectativas dos seus membros.

Para McGregor (1992), tudo se resume ao fato da direção da organização propiciar aos seus membros a satisfação de suas necessidades.

Bastos (1994) relatou que três grandes conjuntos de características organizacionais estimulam o comprometimento: produtos gerados pelos processos de seleção, treinamento e qualificação e políticas de reconhecimento e recompensas.

Os efeitos das características das organizações sobre o comprometimento dos indivíduos constituem um debate antigo. Entretanto, muitas vezes não se considera a diversidade de contextos das organizações, o que conduz à realização de análises numa visão reducionista, sem compreender que se trata de um fenômeno complexo marcado por motivações individuais e subjetivas.

Mowday (1998) afirma que avançar na compreensão do processo, mediante o qual, determinadas características organizacionais produzem comprometimento, é uma das áreas em que se deve prosseguir nas pesquisas que dizem respeito a comprometimento organizacional.

As organizações de saúde não têm priorizado as questões relacionadas à gestão de pessoas, pois continuam adotando práticas gerenciais ultrapassadas, o que pode contribuir para um baixo comprometimento dos médicos e, consequentemente, baixo desempenho no desenvolvimento de suas atividades, trazendo prejuízos para si e para a organização.

Pesquisas que estudem as relações entre características organizacionais e grau de comprometimento dos médicos, na medida em que identifiquem as características da organização que influenciam o comprometimento e o seu efeito sobre estes profissionais, podem colaborar com a superação de diversos entraves na organização dos serviços de saúde.

Isto posto, este trabalho apresenta a seguinte questão de pesquisa: Médicos, quando vinculados a organizações com diferentes características, apresentam diferentes graus de comprometimento com a organização e com a carreira?

Este trabalho tem por objetivo geral identificar o grau de comprometimento, nos focos carreira e organização (bases afetiva e instrumental), de 2 grupos de médicos, os Anestesiologistas, sócios da Clínica de Anestesia de Salvador (CAS), e os Peritos Médicos Previdenciários, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que serão denominados Anestesiologistas e Peritos, respectivamente, ao longo deste trabalho.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 Identificar as características pessoais e profissionais dos médicos inseridos nas duas organizações;

2 Quantificar o grau de comprometimento dos médicos com a carreira e com a organização em que está inserido (CAS e INSS), caracterizando a natureza afetiva e instrumental do comprometimento com a organização;

3 Comparar os graus de comprometimento com a organizacao e a carreira e organizacional nas bases afetiva e intrumental dos dois grupos;

4 Identificar quais as variáveis antecedentes relativas às características pessoais e profissionais que podem atuar como elementos influenciadores do grau de comprometimento dos grupos analisados com a carreira e com a organização nas bases afetiva e instrumental;

5 Verificar se a percepção em relação à adequação do modelo de remuneração adotado pela organização pode influenciar no grau de comprometimento com a carreira e a organização dos grupos estudados.

Isto posto, este trabalho assume as seguintes hipóteses:

H1 – O comprometimento nos focos organização e carreira é maior entre os Anestesiologistas do que entre os Peritos.

H2 – O comprometimento organizacional de base instrumental é maior entre os Peritos do que entre os Anestesiologistas.

H3 - Existe associação entre a percepção da adequação do modelo de remuneração e o comprometimento com a carreira e a organização dos Peritos e Anestesiologistas.

A mensuração quantitativa dos dados obtidos está em conformidade com a maioria dos trabalhos científicos relacionados a comprometimento organizacional e com a carreira disponíveis na literatura examinada.

O comprometimento com a organização e com a carreira entre os médicos e, mais especificamente, as possíveis associações com as características da organização na qual se inserem, não tem sido objeto de escolha nas investigações científicas, fato que instiga o autor a realizar uma análise mais aprofundada desta temática.

Este estudo busca revelar a possível presença de diferentes graus de comprometimento com a organização e a carreira de grupos de médicos vinculados a organizações com diferentes características, podendo subsidiar outros estudos sobre a problemática referente às relações entre capital, trabalho e modelos de gestão do trabalho em serviços de saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a discussão sobre quais estratégias podem ser utilizadas pelos gestores de serviços de saúde para aumentar o grau de comprometimento dos médicos e, consequentemente, melhorarem seu desempenho, assim como podem fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas que tratem do tema, com potencial grau de influência na redução de custos e melhorias na qualidade dos sistemas de atenção à saúde.

Este trabalho se organiza em sete capítulos, iniciando com esta introdução. O capítulo dois apresenta uma revisão da literatura sobre o setor de serviços, as especificidades dos serviços de saúde e um breve resumo do histórico da organização dos serviços de saúde no Brasil e a inserção da prática médica neste cenário. O capítulo três trata sobre os modelos de remuneração no setor de serviços e mais especificamente a remuneração do trabalho médico, além de trazer conceitos e caracterizar o tipo de vínculo de trabalho no serviço público sob o Regime Jurídico Único (estatutário). O capítulo quatro traz conceitos importantes sobre a problemática deste trabalho: comprometimento organizacional. O capítulo cinco apresenta os procedimentos metodológicos. No capítulo seis são apresentados e analisados os dados, discutindo-se os resultados obtidos. Por fim, no capítulo sete são apresentadas as conclusões do trabalho.

2 O SETOR DE SERVIÇOS, AS ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÀTICA MÈDICA NO BRASIL

Este capítulo objetiva apresentar o conceito de serviços, suas características e importância à luz do crescimento deste setor para a economia e apresentar um breve histórico sobre a organização do setor de saúde no Brasil

O setor de serviços ganha uma importância cada vez maior dentro da economia, pela sua relevância para a geração de empregos e por ser, ainda, um campo de estudo pouco explorado no Brasil.

Atualmente, o setor de serviços representa uma grande parcela da economia mundial; a partir da década de 1930, a proporção de serviços em geral passou a crescer continuamente em relação ao volume total de trabalho.

Segundo Drejer (2004), 75 % da força de trabalho dos Estados Unidos está empregada no setor de serviços.

Dados do IBGE (1999 e 2003), através da Pesquisa Anual de Serviços (PAS), mostram que entre os anos de 1999 e 2003, no Brasil, o número de empresas do setor de serviços cresceu 42 % e o número de pessoas empregadas no setor cresceu 28%.

Conforme a PAS, no ano de 2003, o setor de serviços compreendia 922 mil empresas e 6,76 milhões de trabalhadores. A título de comparação, o setor industrial compreendia 138 mil empresas e 5,93 milhões de empregos

O setor representa, atualmente, cerca de 60% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, sendo o maior gerador de empregos formais do país segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) divulgado no segundo semestre de 2008.

Para Offe (1989), o crescimento vertiginoso do setor de serviços ocorre devido à crescente complexidade social e à necessidade de integração dos sistemas, pois serviria para absorver o excedente de mão de obra não inserido no setor primário e secundário.

Marshall e Wood (1995) mostram que a crescente proeminência dos serviços e suas contribuições para as consequentes mudanças estruturais tem como origem a crescente interdependência entre a produção de bens e serviços, pois estes processos estão ligados por uma complexa rede de troca de materiais e serviços.

O grande crescimento do setor de serviços nos últimos vinte anos está atrelado ao surgimento da economia da informação. Castells (1989) afirma que por trás da expansão do setor de serviços, diretamente em termos de emprego, e indiretamente em termos de seus efeitos sobre o produto, está o desenvolvimento da economia da informação.

As definições das atividades econômicas se voltavam para as evidências da criação e acumulação de riquezas em formas tangíveis apenas, e esta era visualizada como a única forma de transmissão de utilidade de um período a outro (KON, 1992); desta forma, a produção de serviços estaria incorporada a um setor não produtivo da economia, sendo considerado residual em relação ao global da economia, após as atividades primárias e secundárias. (KON, 1999)

Ao setor de serviços, durante muito tempo, foi relegada uma importância secundária dentro dos estudos da economia; tal entendimento teria sua origem na obra de Adam Smith, *The Wealth of Nations,* de 1776, que caracteriza o setor de serviços, ao contrário do industrial, como setor improdutivo; essa tese, também adotada por Marx, influenciou fortemente as análises subsequentes.

A literatura vem de longa data, tentando definir a natureza das atividades de serviços por meio de suas características, tais como: intangibilidade, variabilidade, inseparabilidade, perecibilidade e simultaneidade entre oferta e consumo, o que as diferenciariam claramente dos bens materiais.

Intangibilidade expressa a noção de que um serviço não tem nenhuma substância física. O que fica de posse do consumidor é o resultado da prestação do serviço, como, por exemplo: o cabelo cortado, a causa ganha (ou perdida), o comercial veiculado, etc.

Variabilidade corresponde à noção de que um serviço pode variar em padrão ou qualidade de um fornecedor/ prestador para outro ou de uma ocasião para outra.

Inseparabilidade expressa a noção de que um serviço não pode ser separado do provedor do mesmo. Ao se adquirir um bem tangível, interessaria ao consumidor apenas o aspecto do bem, não tendo qualquer significado para o mesmo a aparência da fábrica ou da pessoa que o produziu. No caso dos serviços, a produção e o consumo se dão no mesmo momento, portanto, a apresentação do provedor do serviço seria importante quando da avaliação do mesmo por quem o consome.

Perecibilidade é a noção de que um serviço não pode ser feito com antecedência e armazenado. A produção do serviço e o seu consumo se dão no mesmo momento.

Os mercados de serviços não são, ou são menos, suscetíveis à racionalidade técnica, e sua produtividade não é, ou dificilmente é, passível de medida (OFFE, 1989).

Segundo Hill (1977), a definição de serviço seria uma ação que levaria a uma mudança na condição de determinado indivíduo ou determinado bem pertencente a uma entidade econômica, com a devida autorização daquele indivíduo ou dessa entidade. Como o resultado

desta mudança de condição raramente é tangível, passível de ser observada e quantificada, tem-se dificuldade em realizar mensurações desta natureza no setor de serviços.

De acordo com Kon (2004), as definições mais recentes de serviços podem ser resumidas em quatro linhas principais:

- indústria de serviços, como aquela que produz serviços no lugar de bens: transportes, comércio, seguros;
- serviços são bens de consumo ou intermediários intangíveis; em geral, são intensivos em trabalho. A produção e o consumo são concomitantes;
- serviços são o componente do Produto Nacional Bruto (PNB) que mede o produto de itens intangíveis;
- os serviços referem-se a bens intangíveis, sendo uma de suas características o fato de serem consumidos, na maioria das vezes, no momento de sua produção.

Para Riddle (1986) diversas definições de serviços são inadequadas, pois diversas características a eles atribuídas são relevantes para todas as outras atividades econômicas, tais como intangibilidade, perecibilidade, intensidade em trabalho e simultaneidade entre produção e consumo.

Segundo Kon (1999), as funções de serviços podem ser intermediárias se servirem para acentuar a oferta de riqueza de outros produtores de bens ou serviços, ou finais se ajudarem os consumidores a adquirir a utilidade do bem ou serviços comprados.

Segundo Walker (1985), a distinção entre bens e produtos reside na forma de trabalho e no seu produto. Um bem seria um objeto material produzido pelo trabalho humano e um trabalho em serviços é um trabalho que não toma a forma de um bem material, portanto, não seria reproduzível por outros trabalhadores, envolvendo uma transação única entre produtor e consumidor.

Esta forma de análise apresenta uma classificação de serviços descrita da seguinte forma:

- **serviços envolvidos na produção de bens**: são os que têm como produto final um bem material, como, por exemplo, um parecer de um técnico, ou advogado, ou um relatório de um especialista cujo trabalho é materializado em forma de papel, ou um serviço de informática que é fornecido em um meio de armazenamento de dados, ou seja, o serviço ganha uma expressão material.
- **circulação**: é a transferência de bens, trabalho, dinheiro ou informação por meio de serviços de transporte, distribuição ou telecomunicações.

- **serviços de trabalho**: são processos de trabalho completos que não produzem um produto físico. Incluem-se aí serviços de aconselhamento médico ou legal, apresentações de teatro, ensino e serviços domésticos.
- **funções do estado**: correspondem às atividades desenvolvidas pelo governo.

As transformações tecnológicas produziram importantes mudanças na concepção do caráter produtivo dos serviços, e uma série de idéias evoluiu em consequência da situação cultural e econômica daquele determinado momento.

De certa forma estas mudanças tecnológicas têm tornado possível "estocar" serviços, como por exemplo, em filmes, arquivos magnéticos etc.

Em certos setores é difícil diferenciar a divisão entre produtos e serviços, frente à intensa complementaridade entre os mesmos.

O setor de saúde apresenta estas mesmas características, pois o produto final da prestação do serviço, que pode ser representado por uma cirurgia ou um exame, faz-se acompanhar de diversos serviços de trabalho (WALKER, 1985), tais como o processo decisório da realização ou não do procedimento, ou a indicação de uso de determinada medicação, tornando difícil diferenciar o produto final do processo de trabalho como bem material ou serviço.

Tais observações levam à conclusão que, nos dias atuais, as divisões tradicionais entre manufatura e serviços não fazem mais sentido, pois a complementaridade entre bens produzidos e os serviços oferecidos e relacionados a estes produtos tem adquirido enorme importância no momento da aquisição de um bem por parte do comprador.

Baily e Maillat (1991) propõem uma nova classificação das atividades econômicas:

- **manufatura**: envolve o processamento de matérias primas através do uso de recursos naturais, processamento e manufatura de bens e construção e engenharia civil.
- **circulação**: desempenha o papel de intermediário no fluxo de pessoas, bens materiais, informações e financeiros.
- **distribuição**: fornecendo bens e serviços diretamente a consumidores finais nas atividades relacionadas à saúde, educação, comércio varejista, hotéis, manutenção de equipamentos, cultura, esporte, lazer etc.
- **regulação**: assegura a fluidez do sistema produtivo através de ações de regulação e monitoramento. São desempenhados por organismos governamentais e privados.

Segundo Kon (2004), as atividades que se caracterizam por baixa relação capital-trabalho e de qualificação da mão-de-obra, baixo nível tecnológico, que incorporam de modo

informal parte do trabalho e são dirigidas particularmente para o consumo pessoal (comércio varejista, por exemplo) não parecem funcionar como importantes indutoras de crescimento econômico.

Por outro lado, as atividades que incorporam alto nível de inovação tecnológica e de relação capital trabalho, exigindo mão-de-obra qualificada, fornecendo mais intensamente serviços às empresas, embora, também, ao consumidor pessoal, representadas pelos setores de atividades financeiras, transportes, comunicações, serviços auxiliares às empresas, ensino, pesquisa e, particularmente, o setor de saúde, exercem na atualidade um papel fundamental de indutoras do desenvolvimento econômico, desde que componha a base para a infra-estrutura e para o funcionamento competitivo das demais atividades econômicas.

2.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As atividades do setor de saúde se inserem dentre aquelas indutoras de crescimento econômico, pois a sua atividade fim, que é propiciar melhores níveis de saúde à população, pode aumentar os níveis de produtividade da sociedade, tornando-a mais competitiva.

Segundo Motta (2001), os serviços de saúde são sistemas onde as interações entre seus componentes não são harmoniosas nem coerentes, sofrendo a influência de interesses e contingências próprias de um ambiente mutável e imprevisível. Há uma desvinculação entre a prática assistencial e as ações administrativas previstas. Os ambientes são diversos, as funções desempenhadas bastante heterogêneas e as demandas bastante diferentes.

Segundo Mendes (1994), o processo de trabalho em serviços de saúde possui certas especificidades, tais como: a incorporação de tecnologia não tem substituído o trabalho vivo e tem propiciado o aparecimento de mais sub-especializações; serviços de saúde não têm valor de troca para quem os consome apenas valor de uso; a incerteza a respeito do momento em que se necessitará do serviço de saúde não permite ao consumidor se programar ou até mesmo adiar seu consumo; os preços não são regulados pela oferta e procura, mas sim pelo governo, oligopólios ou grupos profissionais; a produção de serviços é orientada por lógicas que podem ser divergentes: a lógica assistencial e a lógica empresarial.

Ainda segundo Mendes (1994), no processo de produção de serviços de saúde não está muito claro o que é a matéria prima: a doença, o doente ou a doença no doente. Também não está muito claro o resultado a ser avaliado: a cura do paciente, o número de pacientes atendidos, o impacto em indicadores de saúde pública ou a satisfação do usuário. Tal situação

ocorre em conseqüência do complexo sistema em que se dá o processo de produção em serviços de saúde.

A participação dos usuários no processo de produção de serviços de saúde é uma importante característica do setor, pois as atitudes destes terão forte influencia no resultado final do serviço prestado. O senso comum em serviços de saúde é o de não valorizar a informação prestada pelo usuário, pois seria ele desprovido de conhecimentos técnicos que o capacitariam a participar do processo decisório a respeito de qual serviço seria o mais adequado para o seu caso.

Outra característica fundamental do processo de produção em serviços de saúde é a assimetria de informação. A não-existência de informações corretas e suficientes para orientar a decisão dos participantes do processo de produção limita sua capacidade de agir de modo eficiente, sendo fonte de mau funcionamento das organizações. Nos mercados de saúde, a informação imperfeita parece ser a falha de mercado mais importante, por trazer incerteza e assimetria de informações (ARROWS *apud* SANTACRUZ, 2001).

A hipossuficiência de informações do consumidor em relação ao fornecedor pode ser uma das principais fontes de conflito de interesses entre aquilo que o prestador de serviço espera ganhar se vender mais serviços e seu dever de agir da melhor maneira para cuidar do paciente.

Se os pacientes conhecessem todos os resultados prováveis de todas as opções disponíveis frente à conduta a ser adotada em determinada situação, poderiam tomar decisões baseadas em custo-benefício. Em geral os mesmos desconhecem tanto os custos, quanto os benefícios, estando estas informações de posse do prestador do serviço, que decide que serviços devem ser prestados. Desta forma, observa-se que quem decide o objeto a ser consumido é quem o fornece e não quem o consome.

A situação de fragilidade em que se encontra o paciente, doente e, por vezes, com risco de perder a vida, o torna ainda mais incapaz de tomar tais decisões.

A avaliação do serviço prestado por parte de quem o consome também é fortemente influenciada por esta assimetria de informação, pois será realizada com base em suas experiências prévias, valores sociais e culturais, relegando a segundo plano qualquer critério técnico nesta situação (BRAGA NETO, 1994).

Os serviços de saúde, segundo Motta (2001) apresentam ainda outras características próprias:

- fragmentação do trabalho - As unidades funcionam de forma isolada, e a integração só ocorre em determinados processos, onde o papel de cada um está claramente definido. Esta

profunda divisão do trabalho define funções e responsabilidades, mas também a distribuição de recursos, poder e grau de influência de cada setor.

- os recursos são considerados ilimitados - A necessidade de serviços de saúde ocorre em momentos críticos da vida (nascimento, enfermidade ou morte) e cada caso é concebido como único, devendo ser utilizado todos os recursos possíveis na assistência àquela situação. Isto gera um permanente conflito entre a perspectiva assistencial e a gerencial, que administra a disponibilização destes recursos.

- funcionamento autônomo e competitivo das distintas unidades de produção - As unidades competem pelos recursos disponibilizados, o que pode dificultar o estabelecimento de vínculos cooperativos entre os diversos setores.

- debilidade das estruturas formais - Nas organizações prestadoras de serviços de saúde as estruturas formais, na maioria das vezes, são suplantadas pelas relações informais de poder. Isto ocorre, pois os diversos agentes, em especial o médico, têm grande capacidade de decisão, estando muitas vezes às margens das estruturas gerenciais dos serviços.

- pensamento corporativo - A super-especialização faz com que as organizações prestadoras de serviços de saúde sejam integradas por profissionais que necessitam de autonomia para o desenvolvimento de sua prática. Desta forma, quanto maior o grau de especialização, maior a diversidade de profissionais na organização, o que pode acarretar uma crescente divergência entre os objetivos da organização e os métodos de ação de cada profissional.

- necessidade de uma coordenação flexível que se adeque às características próprias do setor.

- inexistência de uma visão integral da organização - Os profissionais de saúde normalmente têm um alto grau de identificação com sua profissão e o exercício de sua função, muito mais do que com a identificação com os objetivos e o os processos de aprimoramento da instituição como um todo.

- normalização do trabalho em serviços de saúde - Os papéis estabelecidos a cada profissional de saúde são definidos pelo costume (“sempre fiz assim...”), o que gera grande resistência a mudanças e inviabiliza a capacidade de contribuição para melhorias por parte dos trabalhadores.

Para que se compreenda adequadamente como funciona o processo de produção em serviços de saúde, é necessário se entender a lógica de seu funcionamento, que, segundo

Braga Neto (1990, p 63), passa pelo entendimento do "tradicional conflito entre o econômico dos administradores e o enfoque individualizado e imediatista dos profissionais".

O processo de produção nos serviços de saúde pode ser caracterizado também utilizando a proposição de Donabedian (1990), que identifica as dimensões de estrutura, processo e resultados.

As variáveis de estrutura estão relacionadas com instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos e políticos necessários para desencadear o processo de produção.

O processo envolve a realização das atividades e procedimentos desenvolvidos para a produção, que sofrem maior ou menor padronização de acordo com o tipo de trabalho, como: consulta médica, imunização, realização de exames complementares, condutas terapêuticas como cirurgia, entre outras.

O resultado refere-se aos objetivos propostos terem sido alcançados, é o que se entrega para o usuário do serviço: consulta ou cirurgia realizada, vacina aplicada, cura da doença, alívio dos sintomas etc.

Nogueira (1994) ressalta as particularidades da divisão do trabalho em saúde, identificando uma horizontalidade, que articula os diversos serviços: trabalho dividido entre equipe médica, equipe de enfermagem, equipe de laboratório etc., a chamada divisão técnica do trabalho, e uma verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade produtora, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico: trabalho dividido entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por exemplo.

Esta é uma das características mais marcantes do setor, a multiplicidade de unidades em um mesmo serviço, que se justapõem, podendo não trabalhar como verdadeiras equipes, e por vezes, até competindo entre si. Tal situação ocorre em consequência do alto grau de autonomia e independência que goza cada setor, o que prejudica uma visão integral do processo de assistência, fazendo com que os mesmos não se sintam como parte de um todo, cujo objetivo é garantir serviços de saúde com qualidade e eficiência.

Verifica-se, portanto, que o trabalho em saúde não obedece a uma única modalidade de organização, o que dificulta a mensuração da qualidade do serviço prestado.

Não é possível comparar o trabalho realizado em um laboratório com o trabalho realizado em uma unidade básica de saúde, ou desta com uma unidade hospitalar. Ainda mais complexo seria analisar dentro de um hospital as várias unidades produtoras, como lavanderia, serviço de nutrição e dietética, unidade de emergência, enfermarias e Unidade de

Terapia Intensiva (UTI), além da necessária interface entre cada uma delas. Por tudo isso, o trabalho em serviços de saúde é considerado um dos mais complexos.

2.2 HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A intervenção estatal no setor saúde no Brasil só ocorreu, efetivamente, no século XX, pois até então a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal.

Até este século, as ações de saúde eram custeadas sob a forma de pagamento direto do consumidor ao prestador do serviço. O médico era remunerado por uma relação individualizada e liberal entre o médico e o paciente.

Nas demais áreas de atuação, a assistência aos que não podiam custeá-la, considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade.

Em 1923, com a aprovação da Lei Elói Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). Estas caixas eram organizadas por empresas, sendo financiadas pela empresa empregadora, pelo trabalhador e pela União, sendo a contribuição do trabalhador de caráter compulsório.

Os benefícios eram diretamente proporcionais às contribuições do empregado e se pautavam no fornecimento de medicações, assistência médica, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Em relação à assistência médica, como as caixas não tinham recursos para a construção e manutenção de serviços próprios, passou a comprar serviços privados sob a forma de credenciamento médico. Datam, portanto, dessa época, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, com a progressiva mudança do processo de trabalho e do modelo de remuneração do profissional médico.

A partir da década de 30, frente ao crescente processo de industrialização e urbanização da população e a necessidade de redefinição do papel do estado, houve a necessidade de se modificar as políticas de saúde até então vigentes, com o estado passando a ter um papel mais atuante no setor, mas agindo prioritariamente em ações voltadas para a melhoria das condições sanitárias da população e o controle de endemias.

As CAP`s foram unificadas durante o período de 1933 a 1938, com o objetivo de ampliar a assistência previdenciária a um maior número de trabalhadores assalariados urbanos. Os trabalhadores passaram a ser congregados por categorias profissionais através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Em 1933 é criado o IAPM (marítimos), em 1934

o IAPC (comerciários) e o IAPB (bancários), em 1936 o IAPI (industriários) e o IAPETC (trabalhadores em transporte e cargas) (COHN e ELIAS, 1991).

A assistência à saúde prestada pelos IAP´s se dava por meio de rede própria, sendo a compra de serviços de terceiros inexpressiva.

A assistência à população não vinculada ao mercado formal do trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade.

A partir dos meados da década de 50 a rede de atendimento hospitalar privada foi se conformando, inclusive com financiamento público, e passou a pressionar para que o estado financiasse a assistência à saúde com a utilização dessa rede já em fase adiantada de estruturação.

O acelerado ritmo de crescimento da economia brasileira na década de 50, aliada a um intenso processo de industrialização e urbanização da população fez aumentar exponencialmente o número de beneficiários dos IAP´s. Entretanto, este aumento não foi acompanhado na mesma proporção pelas receitas, o que ocasionou uma grave crise no sistema, estando o mesmo deficitário já no início dos anos 60.

A séria limitação da assistência médica oferecida pelos IAP´s gerou grande descontentamento entre os trabalhadores que deveriam ser beneficiados. Passou-se, então, a reivindicar maior participação estatal na modernização dos institutos de previdência. (ANDRADE, 2001)

Tais exigências tiveram evidentes repercussões sobre o sistema previdenciário, intensificando o debate que culminou com a criação, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propôs a uniformização dos benefícios oferecidos pelos IAP´s. A previdência social passou, também, a ser responsável pela assistência médica individual dos seus beneficiários (COHN, 1996; POSSAS 1989).

As mudanças sociais reivindicadas pela sociedade, incluindo-se aí a mudança no modelo de assistência à saúde, que estavam emergindo no início da década de sessenta, são bruscamente interrompidas pelo golpe militar de 1964, que vai infligir sua marca de forma indelével no modelo de assistência à saúde a ser implantado a partir de então.

Em 1966, os IAP´s são unificados com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o que denota o importante crescimento do papel interventivo do estado.

Em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha a responsabilidade de prestar assistência apenas a seus associados, ou seja, àqueles que contribuíam (titulares e dependentes).

Para isto, o INAMPS construiu unidades próprias de atendimento ambulatorial e hospitalar. Como estas eram insuficientes para o atendimento de seus beneficiários, tornou-se necessária a compra de serviços da rede privada em grande volume. A assistência médica do INAMPS passou a ser prestada quase que totalmente pela rede privada, especialmente no que diz respeito à assistência hospitalar.

Em relação à assistência à saúde, os brasileiros estavam categorizados em três grupos: aqueles que pagavam diretamente pelos serviços prestados, os que tinham direito à assistência pelo INAMPS e os que não tinham nenhum direito.

Nasce no Brasil, através do INAMPS, o modelo assistencial privatista, que privilegia o setor privado, sendo observadas as seguintes características: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, criação do complexo médico-industrial na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos e prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, o que propiciou a capitalização da medicina no Brasil (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Ao Ministério da Saúde (MS) cabia a execução de um modelo assistencial sanitarista, caracterizado pelas ações de promoção e prevenção de doenças, priorizando as ações de controle de endemias e campanhas de vacinação.

A crise de financiamento da previdência, iniciada no final da década de 70, levou o INAMPS a adotar algumas medidas para tentar conter seus custos, dentre elas a compra de serviços do setor público através de convênios (hospitais universitários e unidades ligadas às secretarias municipais e estaduais de saúde). Vale ressaltar que estas unidades mantiveram a universalidade de sua clientela.

Em 1983 foi implantada a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Segundo Faria (1997), as AIS significaram uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência para o atendimento. As AIS representaram um avanço expressivo na conformação de políticas que levariam à reforma do setor saúde, fortalecendo o princípio federativo e buscando incorporar o planejamento à prática institucional. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS-INAMPS-Secretarias Estaduais.

As AIS não tiveram grande impacto no volume e qualidade do atendimento à população, mesmo porque apenas 6% do orçamento do INAMPS foi destinado a elas, enquanto gastos com a compra de serviços de prestadores privados alcançavam mais de 58%

deste (CORDEIRO, 1991). Entretanto, foram um importante avanço na configuração de um novo modelo de organização dos serviços de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 veio estabelecer as bases de um novo sistema de saúde a ser implantado, baseado nos princípios de igualdade, equidade, integralidade, universalidade e participação da comunidade em sua gestão.

Em julho de 1987, através do decreto nº**.** 94.657, surge o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo como principais objetivos a descentralização dos serviços e a unificação dos sistemas: Ministério da Saúde e INAMPS - Ministério da Previdência e Assistência Social.

Segundo Cordeiro (1991), o SUDS representou uma mudança qualitativa em relação às AIS, posto que alterou o papel do INAMPS, de executor para planejador das ações, passando a exercer o controle e avaliação sobre as mesmas.

A Constituição de 1988 incorporou as principais diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS.

Para Teixeira (1989), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- o direito universal à saúde e o dever do estado, acabaram com discriminações existentes entre segurado/não segurado;
- as ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- integração de todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- a participação do setor privado no sistema de saúde passou a ser de caráter complementar, dando-se preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
- os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços passaram a ser feitas mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.

Em março de 1990 foi publicado o decreto federal nº 99.060, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde. O orçamento do INAMPS correspondia, então, a 75 % do orçamento total do Ministério da Saúde, o que evidencia que o SUS é iniciado com uma forte dependência financeira dos recursos oriundos do INAMPS, o que perdurou até maio de 1993 (REHEM, 2003).

A promulgação da lei nº 8080 de Setembro de 1990, juntamente com a lei nº 8142 de Dezembro de 1990, vem para regulamentar as diretrizes e os princípios relativos à saúde constantes da Constituição promulgada em 1988.

As ações e serviços públicos de saúde que integram o SUS, segundo a lei federal Nº 8080/90, são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

- **em relação ao direito à saúde** – Integralidade da assistência, igualdade e universalidade de acesso às ações e serviços de saúde.
- **em relação ao direito individual** - Preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral e direito à informação sobre a sua saúde às pessoas assistidas.
- **em relação à operacionalização da responsabilidade do Estado** - Descentralização político-administrativa, conjugação dos recursos, organização dos serviços para evitar duplicidade e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- **em relação a sua interface com o conhecimento técnico-científico** - Utilização da epidemiologia para definir as prioridades, alocação de recursos e programação das ações de saúde.
- **em relação à transparência** - Participação da comunidade e divulgação das informações relativas à área de saúde.
- **em relação ao meio ambiente e ao saneamento básico** - Integração em nível executivo com as ações de saúde.

Em conformidade com as normas e diretrizes constitucionais do SUS estabelecidos pela Constituição de 1988 e pela lei nº 8080/90, o INAMPS foi extinto em Julho de 1993, através da lei nº 8689/93.

Tal fato levou o Ministério da Previdência Social a suspender os repasses dos recursos orçamentários referentes ao INAMPS para o Ministério da Saúde, a quem ele já se achava subordinado. Isto representou uma redução de mais de 30% do orçamento total do Ministério da Saúde, o que provocou grave crise, pois criou uma enorme defasagem entre suas novas responsabilidades constitucionais e suas disponibilidades orçamentárias.

Esta situação prejudicou, em muito, a implantação deste novo modelo de atenção à saúde, pois os estados e municípios, com o intuito de garantir o processo de financiamento de suas próprias ações de saúde, continuaram a agir como meros prestadores de serviços para o Ministério da Saúde. Mantiveram assim a lógica de financiamento do INAMPS, mesmo após

sua extinção em 1993, o que aprofundou a grave crise financeira enfrentada pelo Ministério da Saúde.

Os recursos disponibilizados para a cobertura das atividades ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde no ano de 1994 foram de R$ 7,04 bilhões, o que corresponderia no ano de 2010, conforme o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), a R$ 27,9 bilhões. A título de comparação, e para demonstrar a grande insuficiência de recursos à época, o orçamento do Ministério da Saúde no ano de 2008, ultrapassou R$ 44 bilhões, e mesmo assim, foi insuficiente para suprir as demandas dos serviços e ações de saúde de forma adequada (BRASIL, 2010).

Esta grave situação só começou a mudar após o ano de 1997, quando foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), e com a aprovação da Emenda Constitucional número 29, em Setembro de 2000, que determinou a vinculação das receitas a serem destinadas à saúde pelos três níveis de gestão.

Ainda assim, o Brasil tem um gasto pequeno com saúde. No ano de 2008 os gastos com saúde corresponderam a 8% do PIB, sendo inferior ao de países como Canadá (9,6%), Austrália (9,5%) e Portugal (9,3%), para não compararmos com Estados Unidos (14,6%), Alemanha (10,9%) e França (9,7%). O gasto *per capita* em saúde no Brasil no ano de 2008 foi de R$ 932,00, sendo o setor público responsável por 38,75 % destes gastos. (BRASIL, 2010) A título de comparação, segundo dados da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), a França gastou no ano de 2005, US$ 3.926, e os Estados Unidos US$ 6.401 Per Capita. **(**ANDERSON et al, 2008)

2.3 A PRÁTICA MÉDICA NO BRASIL

O Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou, no ano de 1995, uma ampla pesquisa nacional denominada Perfil dos Médicos do Brasil, que retratou as principais características desses profissionais e de seu mercado de trabalho. Nela se destacam:

- mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho (setores público e privado) para um contingente na época de 183.052 médicos. Considerando que mais de 74,7% destes exerciam atividades em consultórios, significa que o seu mercado se constituía em quase 500 mil postos de trabalho, equivalendo a 2,7 empregos/atividades por médico;
- atividade profissional predominantemente desenvolvida em instituições hospitalares, tanto nos setores público como privado;

- no consultório particular, 79,1% dos médicos trabalhavam com convênios e/ou cooperativas, sendo significativo que 16,6% dos médicos exerciam suas atividades em estabelecimentos de saúde;
- intensa urbanização do trabalho médico, onde 65,9% dos médicos atuavam nas capitais brasileiras, em especial nas mais desenvolvidas social e economicamente. Esta concentração contribuia para uma relação de 3,28 médicos por mil habitantes nas capitais e 0,53 médicos por mil habitantes no interior;
- cerca de metade do contingente médico (48,9%) trabalhava em regime de plantão.

As modalidades assalariadas com carteira assinada e público estatutário foram apontadas neste estudo como as principais formas de inserção no mercado formal de trabalho, correspondendo a 57,8% dos homens e 77,2% das mulheres médicas. Percebe-se uma maior aderência das mulheres às posições assalariadas, enquanto a maioria dos homens atua como autônomo ou empregador. (CFM, 1996)

No ano de 2002, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em estudo sobre o mercado de trabalho médico naquele estado, observou que a maior parcela dos médicos aliava trabalho assalariado e prática autônoma, tanto em consultórios médicos como em organizações hospitalares, numa jornada que chegava a acumular três ou mais atividades.

As formas de remuneração se distribuíam da seguinte forma: 11,7% consultório particular típico (pagamento realizado diretamente pelo paciente), 24,4% por assalariamento no setor privado, 41,9% por prestação de serviço (remuneração por procedimento realizado), 43,4% por meio de consultório particular atípico (pagamento pelo serviço realizado por operadoras de serviços de saúde) e 47,6% por assalariamento no setor público.

No setor público predominava a contratação de médicos de forma assalariada e no setor privado por prestação de serviços por meio de cooperativas ou empresas médicas. Esta forma de contratação foi considerada como uma tendência no mercado, principalmente nos hospitais privados com fins lucrativos (CREMESP, 2002).

No ano de 2004, o CFM publicou nova pesquisa denominada: O Médico e o Seu Trabalho - Aspectos metodológicos e Resultados do Brasil, onde se observou um aumento significativo do número de médicos inscritos no CFM, em relação ao estudo realizado no ano de 1995. No ano de 2003 estavam registrados no CFM 234.554 médicos, representando um aumento de quase 30 % no número destes profissionais em relação ao ano de 1995. Este número representa uma relação de um médico para cada 725 habitantes, sendo o preconizado pela OMS o quantitativo de um médico para cada 1.000 habitantes.

Segundo este estudo, a medicina ainda é uma profissão exercida majoritariamente por profissionais do sexo masculino (69,8%). Entretanto, quando se analisa os profissionais com até 27 anos de idade, as mulheres já representam cerca de 40% do total, o que demonstra o substancial aumento do contingente feminino entre os médicos.

A medicina no Brasil é exercida principalmente por profissionais jovens, onde 63,4% dos profissionais têm menos de 45 anos.

Praticamente inexistem médicos desempregados, pois no ano de 2003, 98,3% dos médicos encontrava-se em atividade.

Em relação ao local do desenvolvimento de suas atividades, observou-se uma redução no número de médicos que trabalham em consultório, pois no ano de 1995, 74,7% declararam exercer esta atividade, e no ano de 2003 este número se reduziu para 67%. (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004) Este resultado comprova o deslocamento da prática médica deste local para as grandes organizações de saúde.

Apesar de ainda haver uma intensa concentração de médicos nas capitais, parece estar havendo uma tendência à interiorização da medicina, pois o número de médicos estabelecidos nas capitais no ano de 1995 era de 65,9%, e no ano de 2003 este número se reduziu para 62,1% do total de médicos do país.

A Fundação Getúlio Vargas (FGV), em pesquisa realizada no ano de 2008, confirma esta tendência. Naquele ano, o número de médicos residentes nas regiões metropolitanas do país ainda representava cerca de 50% do total. Apesar disto, algumas cidades ainda se destacam pela grande concentração de médicos: Vitória-ES, com 133 hab. /médico, Porto Alegre, com 134 hab. /médico, Florianópolis-SC, com 156 hab. /médico, Belo horizonte, com 201 hab. /médico. Salvador-BA apresenta uma taxa de 337 hab./médico. (FGV, 2010)

O processo de municipalização da assistência à saúde, instituída após a promulgação da Constituição de 1988, com a criação do SUS, fez com que o grande empregador da mão de obra médica no setor público deixasse de ser o governo federal, cabendo, então, este papel para os municípios.

O poder público municipal, muitas vezes, não tem condições financeiras ou técnicas para assumir a gestão à saúde de seus munícipes, o que tem impactado, diretamente, na forma de inserção do médico no mercado de saúde pública, pois são contratados como prestadores de serviço, sem direito a qualquer direito trabalhista, como férias remuneradas, décimo terceiro salário, fundo de garantia e previdência social.

Além das formas precárias de contratação do profissional médico, a falta de estrutura de trabalho e as dificuldades de sobrevivência nas cidades pequenas são apontadas por entidades

médicas como os principais entraves para manutenção de profissionais da medicina nas pequenas cidades do interior do país.

O grande número de profissionais médicos que ingressam no mercado de trabalho a cada ano, em consequência da proliferação de escolas de medicina, e a grande concentração dos mesmos nos grandes centros urbanos, tem contribuído para o agravamento deste quadro.

O mercado de trabalho médico no Brasil pode ser dividido de uma maneira simplista em dois setores, o público e o privado. No setor público, na maioria das vezes, predomina o trabalho assalariado, e no setor privado a remuneração ocorre geralmente atrelada à produção de serviços (*fee-for service*) aliada a uma parte fixa ou não.

A remuneração da prática médica foi influenciada diretamente por este cenário, e como esta pode ser um importante fator influenciador no grau de comprometimento destes profissionais com a carreira e a organização, é importante uma revisão sobre este assunto, ainda que breve. Este é o tema tratado em seguida.

3 REMUNERAÇÃO DO TRABALHO E O VÍNCULO ESTATUTÁRIO

3.1 REMUNERAÇÃO DO TRABALHO

Remunerar é o ato de retribuir um indivíduo por conta de um serviço prestado. O sistema de remuneração pode ser compreendido como o método a ser adotado por determinada organização para retribuir ou compensar o trabalho de pessoas ou grupos. Este sistema de compensação pode ser monetário ou não monetário.

As organizações definem seus sistemas de remuneração pelo juízo de valor atribuído às competências necessárias ou exigidas para cada posto:

• habilidades requeridas

• nível de responsabilidade

• esforço físico ou mental

• investimento na formação profissional (tempo dispensado, custo).

• destreza manual

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece dois principais sistemas de remuneração:

• sistema de remuneração por resultado

• sistema de remuneração por tempo (OIT, 1985)

No sistema de remuneração por resultado ou rendimento, os ganhos dos trabalhadores variam segundo regras preestabelecidas. Neste sistema, a remuneração é efetivamente determinada ao término da tarefa e depende do resultado alcançado, seja este resultado medido em termos quantitativos, qualitativos ou ainda de forma mista (OIT, 1985).

Pode-se, ainda, classificar esta modalidade de remuneração como:

• individual (produto por empregado, ou prêmio),

• de grupo (produto por grupo de empregados ou prêmio),

• de empresa (por prêmio, redução de custos).

No sistema de remuneração por tempo, o pagamento pelo trabalho é função do tempo que o trabalhador coloca à disposição do empregador, ou seja, o trabalhador, cumprindo o tempo acordado, tem garantida sua remuneração ao final do mês. Desta forma, nem o volume nem a qualidade da produção interferem no ganho estabelecido.

3.1.1 Remuneração do Trabalho Médico

Diversas modalidades de organização com diversos modelos de remuneração do trabalho, até dentro de uma mesma instituição, especialidade ou carreira, é uma das características do ambiente em que se desenvolve o trabalho médico.

Não é possível estabelecer uma padronização única para os sistemas de remuneração do trabalho médico; assim, quando se discute modelos de remuneração do trabalho médico, há dificuldade em se delimitar o campo de medida.

Os modelos de remuneração dos profissionais médicos têm sido objeto de discussão e controvérsias sobre qual seria o mais adequado e custo-efetivo para proporcionar serviços de qualidade com remuneração compatível com a complexidade do seu trabalho e as responsabilidades advindas dela.

No modelo de remuneração *fee-for-service* (pagamento por serviço executado), no qual o sistema supletivo brasileiro se baseia na sua maioria, criam-se incentivos para a sobre-utilização dos serviços e conseqüente estímulo ao aumento de custos da assistência.

No outro extremo, o modelo de remuneração baseado exclusivamente no fator tempo, no qual o setor público brasileiro se baseia em quase sua totalidade, não estabelece nenhum tipo de incentivo ao aumento da produtividade e da qualidade da assistência à saúde.

Lee et al (1990) classificam as diversas formas de remuneração do trabalho médico:

- Por ato médico ou procedimento
- Por cada caso ou diagnóstico
- Por captação de pacientes
- Por tempo.

Segundo Ferreira (2004), honorário é a remuneração àqueles que exercem uma profissão liberal (advogado, médico etc.).

A remuneração por ato médico ou procedimento é o reembolso tradicional pela prestação de serviço, no qual o médico é pago por cada consulta, eletrocardiograma, endoscopia, cirurgia etc. É um método de pagamento retrospectivo.

A remuneração por caso teria a mesma base do *Diagnostic Related Groups* (DRG), pelo qual o *Medicare* remunera os hospitais nos Estados Unidos da América e no qual também se baseia a tabela utilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

O Sistema DRG classifica os pacientes de acordo com o diagnóstico principal, procedimento cirúrgico, complicações, outras condições mórbidas e procedimentos de enfermagem. Utiliza, também, um sistema de pesos e ajustes para fatores secundários, como

por exemplo, o grau de complexidade do serviço prestador de saúde. No entanto, a possibilidade técnica de se utilizar a remuneração para médicos baseada na metodologia do DRG tem se mostrado difícil, principalmente para casos não cirúrgicos ou para pacientes ambulatoriais.

Mesmo quando estabelecido o mesmo diagnóstico ou indicada a mesma cirurgia, os pacientes podem apresentar grande variabilidade em relação à complexidade do seu quadro clínico. Este fato pode gerar importantes distorções em relação á remuneração quando se estabelecem esses parâmetros como critérios para determinar os valores dos honorários médicos.

A remuneração *per capita* de pacientes implica uma unidade, que é o fator tempo, definindo-se certo pagamento por mês ou ano pelos inscritos sob o cuidado do médico. Nesta modalidade o reembolso é literalmente por "cabeça". O pagamento *per capita* tende a ser mais prático para médicos que trabalham em ambulatórios com uma população bem-definida para cada um, que passa a ser a referência para o estabelecimento da remuneração.

Na remuneração por tempo**,** todos os outros fatores de resultado não são levados em consideração. O médico é remunerado pelas horas que disponibiliza para aquele serviço.

Como se percebe, as formas de remuneração do trabalho médico estariam inseridas dentro daquelas citadas pela OIT (1985): sistema de remuneração por resultados e sistema de remuneração por tempo. Ainda que pese a variação no grau de agregação do produto, a remuneração por procedimento, por captação e por caso ou diagnóstico pertenceriam ao sistema de remuneração por resultado.

Do mesmo modo, a remuneração por tempo, com ou sem incentivos ao resultado, estaria no sistema de remuneração por tempo.

A remuneração com unidades mais agregadas (por caso e captação) pode incentivar a redução dos serviços oferecidos ao paciente devido ao aumento do ganho do profissional quando da não realização de determinados procedimentos. (GEIGER; KROL, 1991) Por um lado, se a remuneração por procedimento é um incentivo "perverso" para o supertratamento, por outro, o pagamento por caso ou por captação é um incentivo "perverso" para o subtratamento.

Na verdade, sempre se aplica um princípio econômico para todas as formas de remuneração. Em termos puramente econômicos, os médicos pagos por procedimento têm um incentivo para aumentar o número de consultas, mas limitar o tempo gasto com cada uma delas; aqueles que são pagos por caso têm um incentivo para diagnosticar e tratar mais casos, mas reduzir o número de consultas por caso; e os médicos reembolsados por captação podem

ser motivados a aumentar o número de inscrições para poderem acumular um número maior de pessoas doentes, maximizando seus ganhos.

A remuneração por tempo não tem um real incentivo financeiro para aumentar a produtividade. Por essa razão, têm sido utilizadas estratégias para aumentar o rendimento do médico, tais como a indexação de bônus por resultado ou o direto controle burocrático (LEE et al., 1990).

Pode-se concluir que, na remuneração por tempo, a oportunidade de se ter incremento dos custos pelo aumento da quantidade produzida é menor. Por outro lado, oferece menos recompensa financeira para o rendimento médico em termos do volume de serviços produzido.

Nenhuma remuneração por resultado garante um balanço ótimo entre a promoção de um incentivo financeiro e um desencorajamento da utilização ou produção de serviços.

O modelo de pagamento por resultado associado à produção de serviços, e a determinação da remuneração segundo o volume de serviços realizados pode acarretar distorções significativas, como a super-indicação de exames e procedimentos, como forma de compensar os baixos valores pagos.

Dentro desta discussão de sistemas e formas de remuneração para os médicos, envolvendo incentivos financeiros, considera-se que esses seriam os únicos fatores de motivação do comportamento clínico do médico, mas, na verdade, uma série de outros fatores influencia este processo.

Existem, ainda, as formas mistas de remuneração, nas quais ocorre a utilização do parâmetro tempo, bem como resultado alcançado (qualitativo ou quantitativo) para se determinar a remuneração final do profissional.

O efeito da remuneração sobre o comprometimento organizacional constitui debate antigo, entretanto, muitas vezes não se considera a grande variedade de contextos das organizações em foco, praticando-se uma visão reducionista sem compreender que se trata de um fenômeno complexo e com fortes motivações subjetivas e individuais.

O médico, como elemento chave das organizações prestadoras de serviços de saúde, deve estar motivado e comprometido com o desempenho de suas funções, podendo a remuneração exercer importante influencia sobre o seu grau de comprometimento.

O atual cenário sócio econômico permeado por mudanças que afetam tanto as organizações quanto os indivíduos impacta no relacionamento entre estes atores, inclusive como os mesmos vêem as suas carreiras.

A busca de vinculacao a organizações que possam promover maior estabilidade em suas carreiras, como também em sua remuneração, e o acesso a benefícios trabalhistas, tem motivado os médicos a realizarem concursos para o setor público, com vinculação através do regime estatutário.

3.2 O VÍNCULO ESTATUTÁRIO

Servidor público é a pessoa legalmente investida em cargo público, sendo o mesmo o conjunto de atribuições e responsabilidades a ser exercido pelo mesmo, tendo seus vencimentos pagos pelos cofres públicos.

A estabilidade[1] do funcionário público é um valor de base das políticas de recursos humanos estreitamente associados à concepção weberiana de uma burocracia profissionalizada. Os funcionários, mediante seus compromissos com a impessoalidade e a lisura dos processos internos, são sustentáculos da estabilidade da missão institucional.

A estabilidade do funcionário tem por justificativa seus méritos publicamente comprováveis, através da instituição do concurso público e dos filtros das carreiras.

Portanto, a estabilidade do indivíduo é vista em função da própria estabilidade das políticas institucionais como interesse público, e da sua necessária proteção contra uma possível intrusão de interesses clientelistas e nepóticos.

A estabilidade representa elemento bastante valorizado pelo funcionalismo, mas traz em seu bojo normas específicas a serem observadas, com direitos, deveres e todo um arcabouço jurídico que a regulamenta.

A lei federal nº 8112, promulgada em 11 de Dezembro de 1990, dispõe sobre o Regime Jurídico Ùnico, que é a modalidade de vinculação trabalhista dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (BRASIL, 1990). Caracteriza-se por propiciar caráter permanente e estável ao funcionalismo, democratizar a oportunidade de ingresso no serviço público e garantir direitos trabalhistas.

Segundo o artigo 5º da lei nº 8112/ 90, são requisitos básicos para investidura em cargo público:

I- a nacionalidade brasileira;

II- gozo dos direitos políticos;

III- quitação com as obrigações militares e eleitorais;

[1] Estabilidade significa vedação à dispensa do servidor sem justa causa.

IV- nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo;

V- idade mínima de dezoito anos;

VI- aptidão física e mental.

A nomeação para cargo público se dará de duas formas: em comissão, de caráter interino, para cargos de confiança, e efetivo quando se tratar de cargo efetivo ou de carreira. A investidura em cargo público efetivo só se dará após prévia aprovação em concurso público.

No termo de posse constarão as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, não podendo ser alterado unilateralmente por qualquer das partes.

Ao entrar em exercício, o servidor nomeado para o cargo de provimento efetivo ficará sujeito a estágio probatório por período de 36 meses, durante o qual a sua aptidão e capacidade serão avaliados, observando-se os fatores relativos à assiduidade, disciplina, capacidade de iniciativa, produtividade e responsabilidade. O servidor não aprovado no estágio probatório será exonerado.

Após 3 anos de efetivo exercício da função, os servidores efetivos se tornarão estáveis, e só perderão o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado, processo administrativo, ou mau desempenho em procedimento de avaliação periódica, em que lhe for garantida ampla defesa.

Poderá o servidor ter direito a licença do trabalho em caso de: doença em pessoa da família, do cônjuge ou companheiro, para o serviço militar, para atividade política ou para capacitação de interesse da administração pública.

A lei nº 8112 determina em seu artigo 116, que são deveres do servidor:

I - exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

II - ser leal às instituições a que servir;

III - observar as normas legais e regulamentares;

IV - cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais;

V - atender com presteza:

a) ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo;

b) à expedição de certidões requeridas para defesa de direito ou esclarecimento de situações de interesse pessoal;

c) às requisições para a defesa da Fazenda Pública.

VI - levar ao conhecimento da autoridade superior as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo;

VII - zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;

VIII - guardar sigilo sobre assunto da repartição;

IX - manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

X - ser assíduo e pontual ao serviço;

XI - tratar com urbanidade as pessoas;

XII - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

Para tentar explicar a peculiar posição do servidor perante o estado e a natureza da relação existente, é necessário extrapolar a noção de relação empregatícia, e sendo o ordenamento jurídico insuficiente para clarear a essência dessa peculiaridade, faz-se mister recorrer ao ordenamento ético.

O agente público é um ser humano dotado de liberdade, discernimento e princípios morais, empregando sua energia e atenção no desempenho do cargo, com respeito integral às leis e instituições, sempre a serviço da causa pública, finalidade precípua de todo o aparelhamento administrativo, identificando-se com os interesses do Estado.

Acrescente-se a isso o necessário comprometimento com a organização, com a consecução das metas estabelecidas, com o conceito da instituição e da administração pública como um todo, enfim, comprometimento com a missão do órgão ou entidade.

Pelo poder hierárquico, próprio da administração, estabelecem-se relações de subordinação entre os servidores. O dever de obediência consiste na obrigação que se acha o servidor subalterno de acatar as ordens emanadas do legítimo superior hierárquico, salvo as manifestamente ilegais.

O dever de conduta ética decorre do princípio constitucional da moralidade administrativa e impõe ao servidor a obrigação de observar o elemento ético, seja no exercício do cargo (ou função) ou fora dele, em sua vida particular, conduzindo-se de maneira impecável, evitando qualquer atitude que possa influir no prestígio da função pública. O equilíbrio e sincronicidade entre a legalidade e a finalidade na conduta do servidor, consagram a moralidade do ato administrativo.

Pelo dever de sigilo funcional, impõem-se ao servidor reserva sobre assunto e informações de que tomou conhecimento em razão do cargo, e que, por sua natureza, não podem ultrapassar os limites da esfera a que se destina.

O servidor deve ser assíduo, isto é, comparecer habitualmente ao local de trabalho e desempenhar as funções e atribuições próprias do cargo que é titular.

O servidor deve ser pontual, observando rigorosamente o horário de início e término do expediente da repartição.

O servidor que lida com o público, deve fazê-lo com solicitude, cortesia, tolerância, atenção e disponibilidade; respeitando a capacidade e limitações individuais dos usuários, sem qualquer espécie de distinção. Igual postura deve o servidor demonstrar perante os colegas de trabalho.

O dever de zelo, também conhecido como dever de diligência ou dever de aplicação, pode ser definido como a meticulosidade no exercício da função; a atenção e iniciativa para encontrar a solução mais adequada para questões problemáticas emergentes no cotidiano do serviço, zelando pelos interesses do estado como o faria pelos seus interesses particulares.

Dever, no sentido genérico, significa obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa. É exatamente esse o sentido refletido na expressão "deveres do servidor".

Da mesma forma que os direitos e deveres dos servidores públicos são determinados pela lei nº 8112, existem ações vedadas aos mesmos quando do exercício de sua função (artigo 117):

I - ausentar-se do serviço durante o expediente, sem prévia autorização do chefe imediato;

II - retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer documento ou objeto da repartição;

III - recusar fé a documentos públicos;

IV - opor resistência injustificada ao andamento de documento e processo ou execução de serviço;

V - promover manifestação de apreço ou desapreço no recinto da repartição;

VI - cometer a pessoa estranha à repartição, fora dos casos previstos em lei, o desempenho de atribuição que seja de sua responsabilidade ou de seu subordinado;

VII - coagir ou aliciar subordinados no sentido de filiarem-se a associação profissional ou sindical, ou a partido político;

VIII - manter sob sua chefia imediata, em cargo ou função de confiança, cônjuge, companheiro ou parente até o segundo grau civil;

IX - valer-se do cargo para lograr proveito pessoal ou de outrem, em detrimento da dignidade da função pública;

X - participar de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

XI - atuar, como procurador ou intermediário, junto a repartições públicas, salvo quando se tratar de benefícios previdenciários ou assistenciais de parentes até o segundo grau, e de cônjuge ou companheiro;

XII - receber propina, comissão, presente ou vantagem de qualquer espécie, em razão de suas atribuições;

XIII - aceitar comissão, emprego ou pensão de estado estrangeiro;

XIV - praticar usura sob qualquer de suas formas;

XV - proceder de forma desidiosa;

XVI - utilizar pessoal ou recursos materiais da repartição em serviços ou atividades particulares;

XVII - cometer a outro servidor atribuições estranhas ao cargo que ocupa, exceto em situações de emergência e transitórias;

XVIII - exercer quaisquer atividades que sejam incompatíveis com o exercício do cargo ou função e com o horário de trabalho;

XIX - recusar-se a atualizar seus dados cadastrais quando solicitado.

O servidor responde civil, penal e administrativamente pelo exercício irregular de suas atribuições.

O servidor responde civilmente por ato omissivo ou comissivo, doloso ou culposo, praticado no desempenho do cargo ou função. A responsabilidade civil, em sua essência, pressupõe prejuízo patrimonial, e visa à reparação material.

Caracterizada a infração como ilícito penal, a autoridade competente encaminhará cópia dos autos ao Ministério Público, onde a autoridade policial apurará a falta caracterizada como crime contra a administração pública.

As sanções civis, penais e administrativas poderão cumular-se, sendo independentes entre si.

Segundo o artigo 127 da lei nº 8112, poderão ser aplicadas penalidades ao servidor público que infringir normas legais, devendo para tanto devem ser consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida e os danos causados pela mesma. São penalidades disciplinares:

I - advertência;

II - suspensão;

III - demissão;

IV - cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

V - destituição de cargo em comissão;

VI - destituição de função comissionada.

Conforme o Artigo nº 40 da Constituição Federal (Brasil, 1998), a seguridade social está assegurada aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações. Esta se caracteriza por ser de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas. O servidor terá direito à aposentadoria nas seguintes situações:

I - por invalidez permanente, sendo os proventos proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição;

III - voluntariamente, desde que cumprido tempo mínimo de dez anos de efetivo exercício no serviço público e cinco anos no cargo efetivo em que se dará a aposentadoria, observadas as seguintes condições:

a) sessenta anos de idade e trinta e cinco de contribuição, se homem, e cinqüenta e cinco anos de idade e trinta de contribuição, se mulher[2];

b) sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

Como se pode observar, a investidura em um cargo público propicia ao indivíduo uma série de direitos, mas traz consigo uma grande carga de deveres e normas a serem observadas pelo mesmo.

A remuneração do profissional através do regime estatutário é composta pelos seus vencimentos, que são definidos como a retribuição pecuniária pelo exercício do cargo público, com caráter irredutível, e das vantagens pecuniárias a que fizer direito.

[2] A Emenda Constitucional nº 20, de 15 de Dezembro de 1998, determina uma redução de 5 anos nestes critérios para o professor que comprove exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio.

O servidor poderá ter direito às seguintes vantagens: indenizações (diárias, ajuda de custo em caso de mudança de domicílio por interesse da administração pública e transporte), gratificações e outros adicionais.

Os servidores públicos farão jus a 30 dias de férias remuneradas, acrescidos de um terço da remuneração percebida, semelhantemente aos trabalhadores celetistas do setor privado.

A carga horária de trabalho será determinada de acordo com as atribuições do cargo, sendo a duração máxima do trabalho semanal de quarenta horas, respeitando-se o limite mínimo de 6 horas e máximo de 8 horas diárias.

Segundo Marconi (2003), até meados dos anos 90 a estrutura remuneratória dos servidores federais estatutários apresentava diversas distorções:

- grande quantidade de parcelas salariais.
- amplitude salarial das carreiras era muito estreitas, o que reduzia o estímulo à progressão.
- grande parcela do salário era composta por gratificações, por vezes atingindo noventa por cento dos vencimentos do servidor, o que não permitia uma adequada avaliação do desempenho dos mesmos.
- ausência de correlação entre progressão na carreira e desempenho.
- existência de estruturas remuneratórias diferentes para cargos com a mesma atribuição, mas com carreiras diferentes.

Dentre as medidas tomadas para corrigir tais distorções, a partir do ano de 1995, o alinhamento salarial em relação às remunerações pagas no setor privado passou a ser a principal diretriz dos reajustes salariais no setor público federal. Tal política permitiu reter e atrair mão de obra qualificada para o setor.

A criação de mecanismos de estímulo salarial vinculados a competências e desempenhos para estimular os servidores mais eficientes também é uma medida importante na busca da excelência no serviço publico. A criação de bônus para que os indivíduos alcancem suas metas de forma eficiente é um dos mecanismos para implementar tal ação.

Marconi (2003) afirma que a política remuneratória em vigor no setor público federal é eficiente para atrair novos funcionários, pois paga bons salários quando se compara com a iniciativa privada, mas tem sido ineficiente para desenvolver uma adequada motivação dos servidores devido à ausência de mecanismos de incentivo adequados.

A estabilidade no cargo e os demais benefícios, como a aposentadoria com proventos integrais é um importante fator de retenção do trabalhador. Tal afirmação pode ser

comprovada quando se verifica que a taxa de desligamento na administração pública Federal entre os anos de 1998 e 2001 foi de 2,3 % do total de servidores (MARCONI, 2003).

Em relação à vinculação da força de trabalho médico como servidor público federal estatutário, observou-se, entre os anos de 1996 e 1999, uma redução de cerca de trinta por cento, passando de 3,2 % para 2,1 % do total de servidores, em decorrência das características de descentralização administrativa instituídas pelo SUS, onde a prestação de serviços assistenciais de saúde passou a ser cada vez mais de responsabilidade de estados e municípios (MARCONI, 2003).

A Constituição de 1988 ampliou as Políticas de Seguridade Social não apenas em relação à área de saúde, como também aquelas relacionadas à Previdência Social, e o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) é a instituição responsável pela operacionalização destas políticas. Com a crescente demanda por estes serviços, o governo federal realizou concursos públicos nos anos de 2005, 2006 e 2010 com o objetivo de preencher vagas para o cargo de Perito Médico Previdenciário, o que motivou um grande número de médicos a buscarem a estabilidade do cargo público, mesmo que, em algumas situações, com remunerações menores do que aquelas pagas pelo setor privado.

4 COMPROMETIMENTO

Este capítulo objetiva abordar o comprometimento organizacional dada a sua importância para a gestão contemporânea, principalmente quando se trata de organizações prestadoras de serviços de saúde. Para tanto serão revisadas as principais Escolas da Administração.

No início do século 20 surge a escola de Administração Científica ou Escola Clássica. Os grandes nomes dessa escola foram Frederick Taylor, Henry Fayol e Henry Gantt. Uma das idéias centrais desta escola é que o homem é um ser eminentemente racional e que ao tomar uma decisão conhece todas as opções disponíveis, avaliando sempre a alternativa que venha a maximizar seus resultados.

Desta forma os valores humanos, considerados, são eminentemente econômicos, é o denominado "*Homo Economicus*".

Outro fundamento da Escola Clássica é o "homem de primeira classe". Parte do pressuposto de que há uma única maneira certa de realizar determinada tarefa e que o único elemento intrínseco que pode vir a afetar o desempenho deste indivíduo na realização de suas tarefas é a fadiga ("lei da fadiga"); bastaria apenas um bom sistema de incentivos para que este indivíduo desempenhasse adequadamente suas funções. Partindo do pressuposto do *"Homo Economicus"*, a forma mais adequada de incentivo seria o monetário. Este pressuposto ignora que o trabalhador é um ser humano e social, com sentimentos, expectativas e temores.

Taylor preconizava o pagamento por peça produzida e Gantt sugeria a compensação mediante pagamento de bônus, mas reconhecia que incentivos não monetários também poderiam ser eficientes.

Segundo Motta (1994), a natureza do homem é muita mais complexa, e a variável monetária não é a única determinante do seu comportamento. Muitas outras coisas podem motivar o indivíduo, tais como prestígio, poder, auto-realização e reconhecimento.

Como contraponto ao "*Homo conomicus*", a Escola de Relações Humanas sugeriu o modelo do "*Homo Social*", afirmando que o comportamento humano não pode ser interpretado segundo esquemas simples e mecanicistas, e que o homem é condicionado pelas demandas de ordem biológica, mas também pelo sistema social, pois todo homem tem necessidade de aprovação social, prestigio e auto-realização.

Segundo Motta (1994), é indiscutível a importância das compensações sociais para a dedicação do homem à organização, não sendo poucos os exemplos de pessoas que trocam

empregos com melhor remuneração, por outros menos rentáveis, mas que lhe conferem mais prestígio.

Locke (1984) afirma que a satisfação no trabalho está associada a uma série de características organizacionais variadas e complexas, e a satisfação no trabalho é simplesmente, antes de tudo, uma resposta emocional.

Enquanto entidade autônoma, o ser humano seria incapaz de motivar-se, necessitando de fatores externos para tal. Todo comportamento humano parece ter alguma motivação, seja por necessidade, valores ou ganhos que venha a obter em relação a fazer ou deixar de fazer alguma coisa. A motivação "depende da intensidade dos seus motivos", sendo que estes motivos podem ser necessidades, desejos ou impulsos. (HERSEY, 1986)

A motivação tem um papel fundamental para a melhoria do desempenho dos trabalhadores, o que por sua vez influencia diretamente o alcance dos objetivos esperados pela organização.

Segundo Bergamini (1997), a motivação é a força propulsora que impulsiona o indivíduo a satisfazer suas necessidades e desejos, e a nível organizacional faz com que os mesmos busquem atingir os objetivos da empresa. A motivação seria o que colocaria os indivíduos em ação.

Os meios de controle para convencer as pessoas a fazerem ou deixarem de fazer alguma coisa são:

- Poder coercitivo - baseado na aplicação de meios físicos
- Poder utilitário - baseado na utilização de meios materiais.
- Poder normativo - baseado na utilização de símbolos, tais como prestígio, estima e aceitação.

A aplicação do poder coercitivo força as pessoas a obedecer, a do poder utilitário convence as pessoas a obedecer criando interesses materiais relacionados à tarefa a realizar e o normativo convence-as a tal (ETZIONI, 1984).

Em organizações normativas como as prestadoras de serviços de saúde, o controle é muito dependente das qualidades pessoais de seus componentes.

Para Donabedian (1988), diferentemente de outros trabalhadores, em que o talento pessoal é relativizado, a qualidade do trabalho médico, que é desenvolvido de maneira artesanal, está diretamente associado às qualidades e desempenho pessoal do médico.

Diversos fatores tais como auto-estima, natureza do trabalho, ambientes físico e psicológico, carga horária de trabalho e habilidades pessoais influenciam diretamente o desempenho profissional dos indivíduos.

Algumas das teorias mais utilizadas para explicar o comportamento humano em relação a suas necessidades são: a Teoria das Necessidades Humanas de Maslow e a Teoria dos Dois Fatores de Herzberg.

Abraham Maslow procurou explicar a intensidade de certas necessidades, a qual denominou de hierarquia das necessidades humanas. Para ele as necessidades humanas estão organizadas em uma pirâmide de importâncias (MASLOW *apud* HERSEY; BLANCHARD, 1986). Na base desta pirâmide **(Fig. 1)**, estariam as necessidades mais baixas e recorrentes, e no topo as mais sofisticadas e intelectualizadas.

Figura 1 - Pirâmide das necessidades de Maslow
Fonte: (Maslow *apud* HERSEY; BLANCHARD, 1986)

As necessidades fisiológicas constituem o nível mais baixo, exigindo satisfação cíclica e incessante. Encontram-se aí a necessidade de alimentação, sono e repouso, abrigo e desejo sexual. A partir do momento que estas necessidades estejam satisfeitas, outras aparecerão de acordo com uma escala hierárquica.

A necessidade de segurança faz com que as pessoas busquem proteger-se de qualquer perigo real ou imaginário, físico ou abstrato. Está intimamente ligada ao instinto de sobrevivência.

Necessidades sociais, tais como dar e receber afeto, são o próximo nível de classificação estabelecido por Maslow. Quando não satisfeitas, estão associadas a comportamentos negativos, tais como antagonismo e hostilidade com as outras pessoas, o que pode conduzir à falta de adaptação social e solidão.

A necessidade de estima é a próxima necessidade a ser satisfeita. Envolve a auto-apreciação, a autoconfiança, autoestima, a necessidade de aprovação social e de reconhecimento, de status, prestígio e consideração. Está relacionada à maneira pela qual a

pessoa se vê e se avalia. A não satisfação dessas necessidades pode provocar frustração, sentimento de inferioridade, fraqueza, desamparo e desânimo.

A necessidade de auto realização é a necessidade mais elevada e se encontra no topo da hierarquia. Tal necessidade está relacionada com a realização plena do indivíduo, considerando-se seu potencial e talentos individuais.

Frederick Herzberg (1959) procurou identificar os fatores que geravam satisfação e os fatores que geravam insatisfação no trabalho. Pesquisando as fontes de motivação diretamente relacionadas com a realização no trabalho, Herzberg constatou que as pessoas à medida que se desenvolvem profissionalmente, adquirem experiência e tornam-se maduras, passando a dar mais importância a fatores como estima e auto-realização.

Herzberg considera que tanto o ambiente externo, como o trabalho em si são fatores importantes na motivação humana para o desenvolvimento de suas atividades profissionais. É a denominada teoria dos dois fatores de Herzberg.

A primeira categoria é constituída pelos fatores de higiene ou de manutenção, por descreverem o ambiente humano e servirem à função básica de impedir a insatisfação com o trabalho. A segunda categoria foi denominada de fatores de motivação, por parecerem ser eficientes para motivar as pessoas para realizações superiores.

- **Fatores higiênicos:** correspondem às características ambientais, às condições de trabalho, a remuneração, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebido, o clima de relações entre a direção e os empregados, os regulamentos internos e as oportunidades existentes, dentre outras.

Herzberg considerava esses fatores muito limitados em sua capacidade de influenciar de maneira positiva o comportamento dos empregados. Ele escolheu a expressão “higiene” para refletir seu caráter preventivo e profilático. Quando os fatores higiênicos são ótimos, estes apenas podem evitar a insatisfação, mas quando não atendidos certamente provocam a insatisfação.

- **Fatores motivadores:** referem-se às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si. São os fatores motivacionais que produzem efeito duradouro e satisfação.

Para Herzberg, o termo motivação envolve sentimento de realização, de crescimento e de reconhecimento profissional manifestado por meio do exercício das tarefas e atividades que oferecem suficiente desafio e significado ao trabalho (HERZBERG et al, 1959).

O conhecimento dos mecanismos que organizam as necessidades humanas é essencial para compreender a variável que é o objeto desse estudo: o comprometimento.

Segundo Bastos (1994), comprometimento se aproxima dos conceitos de compromisso e envolvimento, revelando a dedicação, o esforço e a atenção da pessoa em alcançar determinado objetivo. Está vinculado também a um sentimento duradouro e que se relaciona intimamente a seus desejos, sentimentos e intenções.

Arriaga e Agnew (2001) consideram o comprometimento como um jogo de fatores que podem estar associados aos motivos de persistir numa relação, incluindo-se aí componentes cognitivos e emocionais que influenciam um conjunto de comportamentos de uma relação contínua.

Ao se examinar os vínculos psicológicos que estão por trás do estado de comprometimento de uma relação, devem ser considerados, segundo Agnew, Martz e Rusbult (1998) três fatores:

- o nível de satisfação, que corresponde à diferença entre as situações positivas e negativas experimentadas na relação.
- qualidade das alternativas ou o desejo percebido de alternativas disponíveis para a relação atual.
- tamanho do investimento ou recursos que seriam perdidos se a relação acabasse.

Mowday, Steers e Porter (1979), em seu clássico trabalho *Measurement of Organizational Commitment*, definiram comprometimento organizacional como sendo uma relação forte entre um indivíduo e uma organização, podendo ser caracterizado pela presença de três fatores: estar disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização, a crença e a aceitação dos valores e objetivos da organização e um forte desejo de se manter como membro da organização.

Segundo Bastos (1997, p 32),

> Comprometer-se significa sentir-se vinculado a algo e permanecer naquele curso de ação. Nesse sentido o comprometimento com a carreira pode ser importante preditor do quanto o indivíduo investe no seu crescimento profissional, qual o seu empenho extra em se manter atualizado na profissão e responder às expectativas sociais que cercam o seu exercício profissional.

Bastos e Lira (1997) afirmam que o comprometimento é um estado psicológico que tem implicações nas decisões relativas a cursos de ação específicos em relação a cada alvo ou foco de trabalho. Este vínculo estaria construído sob laços profundos e duradouros, não sofrendo facilmente influência de aspectos circunstanciais.

Meyer e Herscovitch (2001) definem comprometimento como uma força que liga o indivíduo a um curso de ação com um ou mais objetivos. Esta força estaria ligada aos

diferentes estados psicológicos latentes que refletiriam a natureza da relação dos indivíduos com o objeto de interesse, e que tem implicações na decisão de continuar.

Segundo Bastos (1994) e Scheible (2004), três aspectos das ações prévias são importantes para determinar níveis de comprometimento:

a) Volição - a percepção de que a ação desempenhada foi realizada por livre escolha faz com que o indivíduo se sinta pessoalmente responsável pelo ato.

b) Reversibilidade - quanto mais o indivíduo percebe que o comportamento não pode ser revertido ou que envolva altos custos para tal, maior o seu comprometimento com seu curso de ação.

c) Caráter público ou explícito do ato - a percepção de que outras pessoas significativas (família, amigos, colegas etc.) tomam conhecimento do seu comportamento, aumenta a probabilidade de vir a se comportar de forma congruente.

Para Brow (1996), o indivíduo comprometido com a organização permanecerá realizando esforço extra para o alcance das metas, seja em tempos fáceis ou difíceis, ou mesmo quando não houver qualquer perspectiva de novos benefícios em um futuro próximo.

Indivíduos comprometidos parecem ter menor taxa de absenteísmo, menos intenção em deixar a organização, são mais assíduos e pontuais.

Especificamente em relação a profissionais de saúde, o trabalho de Sjoberg e Sverke (2000) mostrou que, em uma pesquisa com 535 enfermeiras suecas, alto nível de comprometimento com a organização diminui a intenção de saída.

O comprometimento organizacional tem sido estudado profundamente nos últimos 40 anos. O seu enfoque principal é o de encontrar resultados que expliquem os níveis de comprometimento do indivíduo no trabalho. A grande maioria dos estudos procura formular modelos para quantificar o comprometimento e estudá-lo em face de variáveis que o antecedem e variáveis que lhe são conseqüentes (MEDEIROS, 1997).

A análise do comprometimento organizacional pode ser realizada sob uma perspectiva unidimensional, em que a organização é tomada como um todo, ou sob a perspectiva multidimensional, que realiza esta análise sob diversos focos.

A análise por meio da perspectiva unidimensional foi proposta por Mowday e cols. (1979), que abordavam a perspectiva do comprometimento global do empregado com a organização. Para realizar tal mensuração estes autores desenvolveram o *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ).

A análise por meio da perspectiva multidimensional considera que o vínculo do indivíduo com o seu trabalho é caracterizado pela complexidade. Ele abrange não somente a

relação com o trabalho em si, mas também com o emprego, com a equipe de trabalho, com a carreira, com o sindicato e com a organização na qual trabalha. Assim, seis perspectivas ou tipos de comprometimento podem ser considerados: comprometimento com o trabalho, com o emprego, com a carreira, com a equipe, com o sindicato e com a organização (BISHOP; SCOTT, 2000; LEE; CARSWELL; ALLEN, 2000; MORROW, 1993).

A análise do comprometimento com a organização sob a perspectiva multidimensional passou a ganhar importância após 1984, quando os professores canadenses Meyer e Allen elaboraram dois questionários diferentes: o *Affective Commitment Scale* (ACS), para medir o comprometimento afetivo; e o *Continuance Commitment Scale* (CCS), para medir o comprometimento instrumental (MEYER e ALLEN, 1984).

McGee e Ford (1987) examinaram as propriedades psicossométricas das escalas desenvolvidas por Meyer e Allen (1984), passando a identificar um novo componente do comprometimento com a organização: o normativo.

Na revisão da literatura realizada por Allen e Meyer (1990), os autores já incorporam a nova dimensão e apresentam três componentes na definição do comprometimento organizacional:

a) comprometimento como um apego *affective*, ou afetivo com a organização;

b) comprometimento percebido como custos associados a deixar a organização, que os autores chamam de *continuance* e que é denominado de instrumental;

c) comprometimento como uma obrigação em permanecer na organização, que os autores denominaram de *obligation* e depois definem como *normative,* o que corresponde ao normativo (MEYER; ALLEN; SMITH, 1993).

Allen e Meyer (1990, p. 3) caracterizam as três dimensões do comprometimento com a organização da seguinte forma: “Empregados com um forte comprometimento afetivo permanecem na organização porque eles querem; aqueles com comprometimento instrumental permanecem porque eles precisam e aqueles com comprometimento normativo permanecem porque eles sentem que são obrigados”.

A dimensão afetiva refere-se ao grau em que o indivíduo se identifica e se liga emocionalmente à organização. Para Bastos (1994), estar comprometido com a organização sob a ótica afetiva significa que o indivíduo se identifica com a mesma e deseja dar algo de si próprio para contribuir para o bem estar da organização.

A dimensão instrumental está relacionada às suas necessidades e as trocas efetuadas entre estes e as organizações; se refere à relação entre recompensas e custos associados à sua

permanência na organização. O indivíduo nela permanecerá enquanto perceber benefícios nesta escolha (NAVES; COLETA, 2003).

A dimensão normativa se caracteriza pelo sentimento de obrigação que o indivíduo tem para com a organização e o desempenho de suas tarefas.

Wiener e Vardi (1980) conceituaram o comprometimento com enfoque normativo como a totalidade das pressões normativas internalizadas para agir em um caminho que encontre os objetivos e os interesses organizacionais. O mesmo autor afirma, ainda, que indivíduos comprometidos no foco normativo exercem certos comportamentos, porque acreditam que é certo fazê-lo. Para Carvalho (2000), tal comportamento resulta da convicção de que é certo e moral agir de tal modo, e não na expectativa exclusiva de obter benefícios pessoais.

Geralmente os indivíduos possuem uma carreira independentemente das mudanças de emprego, cargo ou organização que possa vir a se vincular, desta forma o comprometimento com a carreira diz respeito às experiências profissionais de toda sua vida. O comprometimento com a carreira pode ser considerado como o equivalente ao comprometimento com a profissão.

Bastos (1994) define o comprometimento com a carreira/profissão como a força da motivação do indivíduo em trabalhar em uma carreira por ele escolhida.

O estudo do comprometimento com a carreira tem ganhado importância, pois as mudanças que vem ocorrendo no mundo do trabalho, como terceirizações, reduções de pessoal e reestruturações parecem estar direcionando o foco do comprometimento dos trabalhadores da organização para a carreira/profissão. Segundo Morrisson e Robinson (*apud* BLAU, 2001), estas mudanças têm dificultado o desenvolvimento de carreiras sustentadas em uma única organização.

Diversos autores (MOTTA, 1997; KANTER, 1997; GOTTLIEB; CRONKLING, 1995) afirmam que o vínculo com a organização empregadora tende a enfraquecer, assim, resta ao trabalhador fortalecer o comprometimento com a sua carreira, sem a expectativa de ancorá-la em um único emprego.

O comprometimento com a carreira guarda diferenças importantes em relação ao comprometimento com a organização, pois o indivíduo pode ser altamente comprometido com sua profissão/carreira e não apresentar o mesmo nível de comprometimento com a organização a qual está vinculado naquele momento.

Segundo Morrow (1993), o estudo do comprometimento com a carreira apresenta duas vertentes: uma formulada por Greenhaus, que descreve carreira como uma série de empregos

que um indivíduo teve em sua vida, e outra por Blau (1985), que carreiras são vocações, e entre elas a profissão é um tipo.

Para Morrow (1993), a operacionalização de Blau (1985) é mais recomendada devido a sua maior generalidade, pois cada vez existem menos diferenças entre empregos, ocupações e profissões. Os preditores utilizados por Blau (1985) abrangem três variáveis: comportamental, que se refere à livre escolha da carreira, o papel das expectativas prévias não atendidas, e as trocas sociais que aborda as experiências que afetam o comprometimento com a carreira. Defasagem entre as expectativas esperadas com a profissão/carreira e a realidade encontrada quando do exercício desta podem influenciar no grau de comprometimento do indivíduo com esta variável.

Este será o enfoque abordado neste trabalho em relação ao comprometimento com a carreira, sendo utilizada para sua mensuração na amostra estudada, a escala "*Career Commitment*" de Blau (1985) que tem ampla utilização no Brasil, com índices de confiabilidade muito satisfatórios, como por exemplo: 0,84 em Bastos (1994) e 0,8511 em Scheible (2004).

A medida do comprometimento com a carreira parece traduzir a percepção do significado da profissão/carreira ao longo do tempo (ZATTI, 2007).

O enfoque principal dos estudos relacionados ao comprometimento tem sido o de encontrar resultados que expliquem os níveis de comprometimento do indivíduo. A grande maioria dos estudos procura formular modelos para quantificar o comprometimento e estudá-lo em face de variáveis que o antecedem e variáveis que lhe são consequentes (MEDEIROS, 1997).

4.1 COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E ANTECEDENTES

Por conta do efeito positivo associado ao comprometimento organizacional, o estudo dos seus antecedentes tem sido abundante. As variáveis antecedentes são aqueles fatores que podem funcionar como preditores do grau de comprometimento de um indivíduo. A tendência geral tem sido investigar aspectos individuais e organizacionais como preditores do comprometimento.

Para Costa e Medeiros (2000 e 2002 *apud* COSTA, 2007), as variáveis antecedentes são compostas por:

- características pessoais: idade, sexo, salário, nível do cargo, tempo na organização e no cargo, oportunidades de crescimento e facilidade de ingresso na organização;

- características do trabalho: desafio, caráter inovador do trabalho, grau de autonomia, relacionamento com o grupo e aceitação de sugestões;
- características organizacionais: tamanho da organização, centralização, formalização e política de gestão de pessoas.

Com relação às características pessoais, Mottaz (1988) observou que níveis mais elevados de comprometimento organizacional estavam associados a pessoas de maior idade e tempo de organização, enquanto o inverso ocorria em relação ao nível de educação. Mathieu e Zajac (1990) observaram que pessoas casadas tendem a ser mais comprometidas, apesar de outros autores como Irving e Cooper (1997) e Scheible (2004) não encontrarem o mesmo resultado em seus trabalhos.

As variáveis organizacionais relacionadas com o comprometimento são frequentemente classificadas sob o nome de características do trabalho. São características associadas às formas de executar o trabalho dentro de um determinado contexto organizacional.

As características do trabalho parecem ter algum caráter preditor sobre o nível de comprometimento com a organização e a carreira.

São correlacionados positivamente com o comprometimento variáveis tais como interdependência das tarefas, caráter inovador e não rotineiro do trabalho, estilo participativo, comunicação do líder e os comportamentos de estruturação e consideração do líder (BATEMAN; STRASSER, 1984; FUKAMI; LARSON, 1984).

Arnold e Davey (1999 *apud* TAMAYO et al, 2001), em seus achados de uma pesquisa longitudinal, identificaram que a natureza do trabalho e o desenvolvimento da carreira são preditores importantes do comprometimento organizacional.

O'Driscoll e Randall (1999) estudaram o impacto do suporte organizacional percebido e da satisfação com as recompensas intrínsecas e extrínsecas e observaram que estas duas variáveis são preditores importantes do comprometimento organizacional.

Bandeira, Marques e Veiga (2000) estudaram na Empresa de Correios e Telégrafos (ECT) a relação de variáveis como ambiente de trabalho, carreira, comunicação e ambiente físico, recrutamento e seleção, relacionamento com a chefia, salário e treinamento de desenvolvimento com o comprometimento organizacional, concluindo que com exceção do recrutamento e da seleção, todas as outras práticas estudadas correlacionaram-se positivamente com o comprometimento organizacional de base afetiva.

Rego (2002) estudou o impacto da percepção de justiça organizacional sobre o comprometimento em uma amostra de professores de ensino superior, observando que o

comprometimento afetivo dos professores com a sua organização é maior quando a percepção de justiça é positiva.

Tamayo (2005) afirma que as organizações que procuram criar um ambiente de trabalho agradável e prazeroso, é uma fonte poderosa de comprometimento, já que as ações resultantes desta preocupação respondem diretamente a motivações, metas e aspirações do trabalhador.

Outra variável que parece ter correlação positiva com o comprometimento afetivo é a questão do prestígio, ou seja, uma organização com uma imagem social positiva tem um impacto positivo no desenvolvimento do comprometimento afetivo de seus membros. Este fenômeno pode ser explicado pela necessidade que todo ser humano tem de se identificar com os grupos ou instituições das quais faz parte. O prestígio destes grupos facilita a identificação do indivíduo com eles.

Entre as variáveis que podem interferir no comprometimento com a carreira estão: idade, situação conjugal e anos de educação. Bastos (1994) afirma que o maior preditor positivo de comprometimento com a carreira, em um trabalho realizado com enfermeiras, foi o tempo de profissão e não ser casada.

Diversos outros trabalhos têm associado níveis mais elevados de comprometimento com a carreira em pessoas com mais escolaridade (MATSUI; OHSAWA; ONGLACTO, 1991; GROOVER, 1992 *apud* BASTOS, 1994).

O comprometimento com a carreira possui correlação positiva com o comprometimento organizacional e negativa com rotatividade, absenteísmo e intenções de abandonar a carreira, mas não pode ser caracterizada como preditor de qualidade no trabalho (WALLACE, 1993).

Irving (1997) constatou que homens tendem a apresentar maiores níveis de comprometimento com a carreira do que as mulheres, mas não encontrou relação entre idade ou nível educacional com esta variável.

Colarelli et al (*apud* CARSON; BEDEIAN, 1994) encontraram correlação significativa entre níveis mais altos de educação e comprometimento com a carreira, por propiciarem mais flexibilidade para mudança de carreira do que treinamentos mais restritos.

Grande parte das políticas de gestão organizacional refere-se à gestão de pessoas, como o estabelecimento das políticas de recompensas e a gestão de questões como saúde, bem-estar, segurança e relações de trabalho.

Nenhum desses objetos pode ser gerido adequadamente sem levar em consideração os interesses, as motivações e os valores dos trabalhadores. A adequada gestão destas variáveis pode aumentar significativamente o comprometimento dos indivíduos com a organização, o

que pode melhorar significativamente seu desempenho, maximizando os resultados obtidos pela mesma.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo do comprometimento com a organização e a carreira entre os Anestesiologistas da CAS e os Peritos do INSS, para que possa ser compreendido requer o conhecimento do contexto em que estes se inserem, *lócus* do desenvolvimento de suas atividades, assim como o conhecimento da estrutura funcional das organizações em que estão inseridos estes profissionais.

O INSS é a autarquia do Ministério da Previdência Social responsável pela arrecadação das contribuições devidas à Previdência e pelo pagamento dos benefícios aos segurados.

Os Peritos Médicos Previdenciários, funcionários públicos federais efetivos, são admitidos por concurso público, vinculados ao INSS através do Regime Jurídico Único, com estabilidade funcional e com atribuições e responsabilidades próprias do cargo que exercem.

Dentre as atribuições destes profissionais está a emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários e a caracterização de invalidez com o fim de obter benefícios previdenciários e assistenciais.

A CAS é uma organização privada com fins lucrativos, onde seus membros são admitidos como sócios da empresa mediante indicação de um dos membros da mesma. Para ser admitido na organização, é necessário que haja a aprovação da maioria dos sócios reunidos em assembléia realizada para tal fim. Ao ser admitido na CAS, o indivíduo passa a ser sócio-quotista da empresa, sendo seu nome incluído no contrato social da mesma, com direito a voz e voto igualitário entre todos os seus membros, ou seja, ele se torna efetivamente um dos "donos" da organização. A CAS possui um regimento próprio, onde consta de maneira clara os direitos e deveres de seus membros, penalidades a serem aplicadas e os mecanismos para a implementação destes.

Esta pesquisa foi desenvolvida tendo como objeto de estudo estas duas organizações, pois apesar de seus membros serem todos profissionais médicos, as mesmas apresentam características muito diferentes; além disto, há uma absoluta igualdade no modelo de vinculação com a organização entre indivíduos do mesmo grupo, situação pouco habitual nos modelos de vinculação profissional na prática médica atual.

Tal situação favorece a adequada identificação e quantificação dos fatores antecedentes que podem influenciar as variáveis em estudo em cada grupo, como também confrontar tais informações quando os grupos são comparados entre si.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de natureza quantitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico com delineamento de corte transversal, que tem por objetivo geral avaliar o grau de comprometimento nos focos organização e carreira e organizacional nas bases afetiva e instrumental de dois grupos de médicos: Anestesiologistas Sócios da Clínica de Anestesia de Salvador (CAS) e os Peritos Médicos Previdenciários lotados nas agências do INSS da cidade de Salvador-BA.

A realização do estudo teve a aprovação da diretoria da CAS e da direção do INSS de Salvador, que colaboraram de forma decisiva para a viabilização do estudo, fornecendo a relação e escala de trabalho dos profissionais. A CAS disponibilizou ainda, seu Regimento Interno e o Contrato Social.

O estudo do comprometimento foi analisado na vertente atitudinal, considerando o que os indivíduos pesquisados expressam a respeito das diversas questões relacionadas ao comprometimento com a carreira e a organização, mediante aplicação de um questionário estruturado.

5.3 *LOCUS* DA PESQUISA

A facilidade de acesso aos profissionais foi considerada quando da escolha do lócus de pesquisa, pois habitualmente os profissionais médicos exercem suas atividades em diferentes unidades e com horários de trabalho diversos, o que dificultaria bastante a aplicação do instrumento de coleta. Os profissionais dos dois grupos se diferenciam neste aspecto, pois podem ser facilmente encontrados para a aplicação do instrumento de pesquisa, pois desenvolvem seu trabalho em locais determinados (centros cirúrgicos em unidades hospitalares específicas e nas agências do INSS na cidade de Salvador).

5.3.1 Características das organizações

5.3.1.1 Clínica de Anestesiologia de Salvador (CAS)

Inicialmente descreve-se como se deu a organização profissional dos Anestesiologistas no Estado da Bahia. Esta organização começa com a SAB-Sociedade de Anestesia da Bahia fundada em fevereiro de 1953, que a partir de Janeiro de 1976 passou a se chamar SAEB-

Sociedade de Anestesiologia da Bahia. A SAS-Servico de Anestesiologia de Salvador foi o primeiro servico organizado de Anestesia implantado na Bahia, tendo sido criada em Novembro de 1954, permanecendo ativa por mais de 30 anos. Em Julho de 1985 foi Criada a COOPAS- Cooperativa dos Anestesiologistas de Salvador, que tinha como base territorial unicamente o município de Salvador. Por conta do seu crescimento, com a integração de um número maior de anestesiologistas remanescentes do SAS - Serviço de Anestesia de Salvador, profissionais recém-chegados ao mercado e também de profissionais residentes em outros municípios do estado, em 05 de agosto de 1991 a COOPAS passou a ser denominada COOPANEST-BA - Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas da Bahia.

Segundo o seu estatuto, para se tornar um cooperado da COOPANEST-BA, o proponente deve:

- Estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), na SBA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia, e sua regional SAEB - Sociedade de Anestesiologia do Estado da Bahia;
- Estar inscrito como autônomo no cadastro municipal de Imposto Sobre Serviços (ISS) e INSS;
- Possuir ou estar apto a requerer o título de especialista em Anestesiologia, e registrar o mesmo no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB);
- Apresentar fotocópias das seguintes documentações: inscrição no CREMEB, Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), cadastro na Secretaria Municipal da Fazenda referente ao pagamento de Imposto Sobre Serviços (ISS), inscrição como autônomo no INSS, diploma de graduação, título de especialista registrado no CREMEB, currículo sucinto e uma foto 3 x 4;
- Preencher a ficha de admissão, que deve ser assinada por dois cooperados proponentes.

Todo esse material é submetido à apreciação do conselho técnico da COOPANEST-BA, e, preenchendo os requisitos, o médico torna-se um cooperado.

O cooperado pode atuar livremente nas unidades cobertas pela COOPANEST-BA nos serviços de anestesiologia e dor e consultórios, e assim oferecer seus serviços, individualmente ou organizados em grupos nos hospitais e clínicas do Estado da Bahia.

Todos os cooperados estão aptos a realizar cobranças de honorários através da cooperativa, sejam estes pagos por pessoa física ou jurídica. O valor a ser recebido por cada associado refere-se à produção de serviços informada à cooperativa.

Para realizar a cobrança dos seus honorários, o Anestesiologista preenche o boletim de anestesia, no qual consta o nome do paciente e do médico que realizou o procedimento, qual o procedimento realizado (compatível com a tabela pré-acordada com o contratante), data e local da realização do procedimento.

Os boletins são encaminhados para a COOPANEST-BA, que efetiva a cobrança do procedimento junto ao contratante, conforme os boletins de anestesia apresentados. Após o recebimento da fatura, a COOPANEST-BA repassa o valor para seus cooperados, descontando as glosas realizadas, os impostos e a taxa de administração de 4,5 %.

Quando da aplicação de glosas por parte do contratante do serviço, a COOPANEST-BA elabora o recurso de glosa, contestando o não pagamento dos valores cobrados. Quando o pagamento é acatado pelo contratante o valor é repassado ao cooperado, após os descontos já referidos.

A cooperativa possui atualmente mais de 350 cooperados, contrato de prestação de serviço com 61 operadoras de planos de saúde, atuando em 30 hospitais e 11 clínicas no Estado da Bahia.

Uma característica da prática da anestesiologia no Estado da Bahia, é que grande parte dos profissionais se organizam em clínicas ou grupos de trabalho.

Estes grupos atuam em diversos serviços de saúde do estado, seguindo a lógica do "caixa único", ou seja, todo o faturamento, dos profissionais pertencentes àquele grupo, é cobrado através da COOPANEST-BA, e a cooperativa repassa o total dos honorários para a conta da clínica ou do grupo ao qual pertence o profissional.

Cada grupo ou clínica possui regras próprias em relação à distribuição dos honorários médicos, benefícios concedidos e carga horária de trabalho dos profissionais que integram seu quadro.

Tal forma de organização pode representar vantagens para o profissional, pois a demanda pelos seus serviços é previsível e de certa forma garantida, pois os grupos ou clínicas, na maioria das vezes, detêm a exclusividade ou parcelas determinadas da demanda dos serviços de anestesiologia em diversas clínicas e hospitais da Bahia.

A organização dos profissionais em grupos ou clínicas pode, ainda, garantir certa estabilidade em relação à remuneração e aos benefícios obtidos pelo profissional, como férias remuneradas e outras vantagens que o Anestesiologista não faria jus caso atuasse exclusivamente como profissional independente.

A CAS é um destes grupos de profissionais, cujas características são descritas abaixo.

Segundo seu regimento interno, a CAS é constituída por profissionais liberais, anestesiologistas, que se propõem a prestar serviços médicos de anestesia a pacientes de clínica particular ou de empresas conveniadas.

Os órgãos deliberativos da CAS são:

1- Assembléia Geral que é o órgão soberano da CAS, estando constituída por todos os seus sócios. Suas decisões são tomadas por maioria simples dos votos dos sócios admitidos há mais de dois anos no serviço, e presentes à assembléia.

2- Diretoria que é eleita pela Assembléia Geral, com mandato de 2 anos, constituída pelo Diretor Presidente, Diretor Vice-presidente, Diretor Secretário, Diretor Tesoureiro, Diretor de Serviços e Vice-diretor de Serviços. São os responsáveis pela administração do serviço.

3- Conselho Administrativo é eleito pela Assembléia Geral, com mandato de 2 anos, sendo constituídos pelos membros da diretoria, cinco sócios eleitos pela Assembléia Geral e os coordenadores gerais nos hospitais. Cabe ao Conselho Administrativo deliberar sobre questões que não estejam na competência privativa da Assembléia Geral, traçar os planos e políticas do serviço e aplicar as sanções disciplinares previstas no regimento.

Para o desenvolvimento de suas ações, há um coordenador geral e um coordenador para cada dia útil, em cada serviço de atuação da CAS, escolhidos pelo Conselho Administrativo, que são os responsáveis pela coordenação do trabalho nestas organizações.

A CAS atualmente possui 70 anestesiologistas registrados em seu contrato social como sócios da clínica, com cotas iguais do capital social. Atua em seis hospitais de grande porte de Salvador-BA.

Para que um Anestesiologista se habilite a ingressar na CAS, deve ter título de especialista em Anestesiologia, ser cooperado da COOPANEST-BA e ser indicado por um dos sócios do serviço. Preenchido estes critérios, o candidato será avaliado pelo Conselho Administrativo, que dará seu parecer a respeito da conveniência ou necessidade da adoção da medida. Caso o parecer do conselho seja favorável, a proposta será encaminhada para a Assembléia Geral para apreciação e decisão da matéria.

A cobrança dos serviços produzidos pelos sócios da CAS junto aos compradores de serviço (operadoras de plano de saúde e particulares) é realizada através da COOPANEST-BA, segundo as regras estabelecidas por esta, já descritas anteriormente.

Segundo o artigo 22 do regimento interno da CAS, são direitos dos sócios:

- receber mensalmente a quota que lhe couber;
- votar e ser votado para qualquer cargo do conselho administrativo;

- recorrer ao Conselho Administrativo e, em última instância à Assembléia Geral, contra atos e situações pelas quais se sentir injustiçado;
- gozar, anualmente, de um mês de férias.
- afastar-se opcionalmente, ao completar 65 anos de idade, dos plantões noturnos e de finais de semana, perdendo, neste caso, vinte por cento de sua cota, perda que pode ser evitada através da prestação de trabalho em turnos extras, segundo interesses do serviço.
- desligar-se, opcionalmente, ao completar 65 anos de idade em caráter definitivo do quadro de sócio da CAS. Fazendo jus ao recebimento de 50 % da quota. Caso este desligamento ocorra entre os 65 e os 71 anos, fará jus a tal remuneração por 4 anos, aos 72 anos receberá por 3 anos e dos 73 aos 75 anos durante 2 anos.

Após os 75 anos o sócio é afastado compulsoriamente do serviço. Em caso de falecimento do sócio durante o período de recebimento do benefício, caberá ao conjugue, ou a quem de direito, receber o benefício durante o tempo que foi estabelecido.

Depois de deduzidos os impostos e as despesas administrativas pertinentes, a arrecadação mensal é divida entre os sócios.

A remuneração de cada sócio é calculada utilizando-se o seguinte critério:

- nos 2 primeiros anos de vínculo à CAS, o sócio faz jus a apenas metade do valor da quota calculada para aquele mês.
- a seguir, a cada ano é acrescido 10 % do valor da quota, até que o mesmo atinja 100% do valor da cota no início do 7º ano de vinculação à CAS.

Caso o profissional possua o Título Superior em Anestesiologia (TSA), receberá um bônus de 10 %, que será acrescido à sua remuneração, até atingir o teto de 100% da quota.

A carga horária de trabalho semanal é de 48 horas (divididos em oito turnos de 6 horas) para os sócios admitidos há menos de 10 anos, e de 42 horas (divididos em sete turnos de 6 horas) para os admitidos há mais de 10 anos. Quando o profissional é admitido na sociedade, sempre é designado para os plantões de final de semana; para que haja mudança na escala há que haver a entrada de novos profissionais no grupo, podendo então ser o mesmo deslocado dos plantões de final de semana.

Outros benefícios determinados pelo regimento interno do serviço são:

- direito do sócio comprovadamente doente ou incapacitado para o trabalho continuar recebendo a quota que lhe couber, até um prazo máximo de 1ano;
- em caso de morte do sócio, o recebimento da quota, pelo conjugue ou quem for de direito, por um período de um ano a contar do dia em que o mesmo deixou de trabalhar.

A vinculação a um plano de previdência privada se tornou obrigatória para os sócios há cerca de 10 anos, sendo a contribuição para o mesmo descontada do valor da quota mensal de cada um deles.

Esta forma de organização dos profissionais, em grupos ou clínicas, pode representar um desvirtuamento da condição de "profissional liberal" preconizada pelos princípios da COOPANEST-BA, caso os profissionais associados a estes grupos não participem efetivamente da gestão e não haja transparência em relação à gestão da sociedade.

No caso do grupo em análise (CAS), a gestão do serviço é realizada de maneira democrática, sendo seus dirigentes escolhidos em eleições diretas, realizadas a cada 2 anos e as grandes decisões são tomadas durante a Assembléia Geral, quando cada sócio faz jus a voto em situação de igualdade entre todos.

Tal observação é importante, pois caso estes grupos ou clínicas não atuem segundo estes princípios, os profissionais podem tornar-se, na verdade, empregados precarizados destes serviços.

Anestesiologistas que atuam em clinicas ou grupos quando comparados àqueles que não pertencem a estes grupos podem evidenciar características pessoais e profissionais muito diferentes, o que pode produzir grandes diferenças em relação ao seu grau de comprometimento destes com a organização e à carreira.

5.3.1.2 Instituto Nacional do Seguro Social

A Previdência Social integra, junto com a área de saúde e de assistência social, o que a Constituição de 1988 definiu como Política de Seguridade Social.

A previdência social tem como finalidade assegurar aos seus beneficiários sua manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente. (Lei 8.213/91).

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é uma autarquia do governo federal vinculada ao Ministério da Previdência Social, criado em 1990, com a fusão de duas entidades que compunham o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social): o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social).

Dentre suas atribuições está o recebimento das contribuições para a manutenção do Regime Geral da Previdência Social, como também o pagamento de aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença, auxílio-acidente, entre outros benefícios previstos em lei.

A Perícia Médica do INSS é o corpo técnico responsável por emitir pareceres conclusivos quanto à capacidade laborativa dos segurados, procedimento que produz efeitos de natureza médico-legal (BRASIL, 1996).

Perícia vem do latim *peritia* e é definida por Ferreira (2004), como vistoria ou exame de caráter técnico e especializado. É a mesma conceituação que traz o Código de Processo Civil em seu artigo nº 420: "... a prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação".

Perícia pode ser definida, ainda, como um procedimento técnico-científico realizado por agente profissional ou técnico legalmente habilitado, cujo objetivo é informar ou auxiliar uma autoridade no julgamento de uma determinada matéria. Perito é a pessoa designada para proceder a uma perícia.

A prática da perícia, como meio de prova, deve se efetuar através de procedimentos técnicos consistentes. Para tal, são dadas ao perito, autonomia profissional e liberdade de ação, podendo valer-se de diferentes fontes de prova, como documentos e pessoas.

Perícia médica é, portanto, um procedimento executado por profissional médico, e consiste numa avaliação (exame médico do periciado - que pode ser um segurado, um autor, um réu etc.), quando a questão tratada necessitar do parecer deste técnico. Médico perito é aquele que procederá à perícia médica.

Segundo a resolução do CREMEB n.º 288/07, Perito Médico é a designação dada ao profissional que atua realizando exames de natureza médica em procedimentos administrativos e processos judiciais, securitários ou previdenciários. Atribui-se esta designação ao médico investido por força de cargo/função pública, ou nomeação judicial ou administrativa, ou, ainda, por contratação como assistente técnico das partes.

O exame médico-pericial é um ato médico. Como tal, por envolver a interação entre o médico e o periciando, deve o médico perito agir com plena autonomia, não podendo, em nenhuma hipótese, violar os princípios éticos da profissão, sob qualquer justificativa, seja administrativa, estatutária ou regimental.

Especial atenção deve ser dada em relação ao sigilo médico, pois não pode divulgar suas observações, conclusões ou recomendações fora do procedimento administrativo e do processo judicial, restringindo as suas observações e conclusões ao laudo pericial. Não pode o médico perito, ainda conforme o Código de Ètica Médica, modificar procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos, salvo em situação de indiscutível perigo de morte ou perda

de função fisiológica, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar imediatamente por escrito o fato ao médico assistente, devendo, ainda, se declarar suspeito a partir deste momento.

A perícia médica visa confirmar o diagnóstico e o prognóstico de determinada patologia no periciado, estado de saúde do mesmo e sua capacidade, incapacidade ou redução de capacidade geral e/ou laborativa.

A perícia médica, voltada à determinação da incapacidade para o trabalho, ou para atender situações específicas, com vistas a instrumentalizar processos de cunho administrativo, geralmente está relacionada à concessão de benefícios (sociais, previdenciários ou trabalhistas).

O aumento da demanda pelos serviços destes profissionais, em decorrência da crescente complexidade das relações de trabalho, tem gerado novas situações, muitas vezes objeto de conflito entre os peritos, os periciados e os médicos assistentes dos mesmos.

Por conta disso, a atuação destes médicos tem sido objeto da atenção dos conselhos de medicina, que tem buscado uma normatização das atividades destes profissionais.

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.488/1998 determina que, para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

> I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;
> II-o estudo do local de trabalho;
> III-o estudo da organização do trabalho;
> IV-os dados epidemiológicos;
> V-a literatura atualizada;
> VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
> VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
> VIII-o depoimento e a experiência dos trabalhadores;
> IX-os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

Segundo a resolução CFM nº 1.488/1998, são atribuições do Perito Médico Previdenciário: avaliar a capacidade de trabalho do segurado, subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios, comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito-médico (número de inscrição no

conselho, nome e matrícula), orientar o periciando para tratamento e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária.

O Perito Médico Previdenciário do INSS, para exercer adequadamente a sua função, necessita, além dos conhecimentos inerentes à profissão médica, dominar a legislação previdenciária e trabalhista e ter conhecimentos sobre ergonomia, profissiografia e riscos ambientais à saúde dos trabalhadores.

O Manual de Perícia Médica da Previdência Social (1993, p 11) estabelece:

> O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

No antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a perícia médica era exercida por médicos sem nenhuma qualificação específica, talhados peritos pela própria prática, virtualmente sem qualquer treinamento promovido pela autarquia previdenciária.

Devido à crescente demanda pelos serviços periciais na previdência social, no final da década de 90, o Governo Federal, identificando a necessidade de novos médicos peritos, optou pela não realização de concurso público para o preenchimento destas vagas, decidindo por terceirizar o serviço de perícia médica; para tal, credenciou médicos para realizá-las em seus próprios consultórios, os chamados “credenciados”. Estes profissionais emitiam laudos, muitas vezes, sem possuírem a devida qualificação para a atividade, gerando enormes distorções na concessão dos benefícios previdenciários relacionados à incapacidade para o trabalho.

Em 2001, a diretoria colegiada do INSS decidiu que esses profissionais passariam a emitir laudos conclusivos, abolindo a necessidade de homologação por parte dos peritos do quadro funcional como era exigido previamente. A essa altura, havia cerca de 3.500 médicos credenciados e cerca de 2.500 peritos concursados. Seguiu-se, então, um explosivo aumento no número e custo dos auxílios-doença.

Diferentemente dos peritos oficiais do INSS, os credenciados eram mais susceptíveis às pressões, confundiam seu papel com o de assistentes dos “pacientes” e não se sentiam representantes do poder público, razões que determinaram explosão no número de benefícios concedidos.

As estatísticas da Previdência Social mostram que, entre os anos de 2000 e 2005, o número de auxílios-doença mantidos pelo INSS saltou de 420 mil para 1,232 milhão, e, no ano de 2008, atingiu o patamar de 1,806 milhão. O crescimento de mais de 200% é 10 vezes superior ao aumento do número total de benefícios e aposentadorias pagos pelo instituto no mesmo período. No ano de 2007 foram gastos R$ 16,1 bilhões para pagar esses auxílios, valor 3 vezes maior que o pago em 1999 (R$ 5,3 bilhões).

Segundo Almeida (2005), o médico perito terceirizado é menos comprometido com a instituição, atua em consultório privado, atendendo segurados e clientes pessoais, sem distinção. Tende a ser benevolente, concedendo mais e cessando menos benefícios, porque responde individualmente e não institucionalmente perante seus periciados.

No ano de 2003, diversas entidades médicas empreenderam movimento com o objetivo de corrigir estas distorções. No dia 2 de Junho de 2004, através da lei nº 10.876, foi criada a carreira de Perícia Médica da Previdência Social, constituída pelo cargo efetivo de Perito Médico da Previdência Social. Dentre as atribuições deste profissional está o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social, a emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários, inspecionar ambientes de trabalho para fins previdenciários e caracterizar a invalidez com o fim de obter benefícios previdenciários e assistenciais.

A lei nº 11.907 de 02 de fevereiro de 2009 regulamentou o modelo de remuneração do Perito Médico Previdenciário, substituindo a Gratificação por Desempenho de Atividade Médico-Pericial (GDAMP) estabelecida pela lei nº 10.876/2004, pela Gratificação de Desempenho de Atividade de Perícia Médica Previdenciária (GDAPMP). A estrutura remuneratória dos cargos da Carreira de Perito Médico Previdenciário passou a ter a seguinte composição desde então:

- Vencimento Básico;
- Gratificação de Desempenho de Atividade de Perícia Médica Previdenciária (GDAPMP).

O vencimento básico varia de acordo com a classe e padrão em que o servidor esteja enquadrado, variando de R$ 4.149,89 no menor enquadramento (A-1) a R$ 7.810,11(Especial-3), conforme o anexo XV desta mesma lei. A partir de julho de 2010 estes valores serão reajustados em cerca de 10 %, passando o menor enquadramento a perceber R$ 4.536,53 e o maior R$ 8.713,00.

O enquadramento do servidor em cada faixa de remuneração ocorre mediante progressão funcional e promoção, sendo que progressão funcional é a passagem do servidor

para o padrão de vencimento imediatamente superior dentro de uma mesma classe, e promoção, a passagem do servidor do último padrão de uma classe para o primeiro da classe imediatamente superior. A progressão funcional e a promoção levam em consideração os resultados da avaliação de desempenho do servidor.

A GDAPMP é calculada em função do desempenho individual do servidor e do alcance de metas de desempenho institucional. Deve ser paga observado o limite máximo de 100 (cem) pontos e o mínimo de 30 (trinta) pontos por servidor. Cada ponto corresponde a um determinado valor estabelecido no Anexo XVI da lei nº 11.907.

A pontuação referente ao GDAPM será distribuída da seguinte forma:

- até oitenta pontos - serão atribuídos em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho institucional. Esta avaliação será realizada conforme parâmetros de alcance das metas organizacionais definidos pelo Ministro de Estado da Previdência Social.
- até vinte pontos - serão atribuídos em função dos resultados obtidos na avaliação de desempenho individual. A avaliação de desempenho individual visa aferir o desempenho do servidor no exercício das atribuições do cargo ou função com foco na contribuição individual para o alcance dos objetivos organizacionais.

Vale salientar que os parâmetros a serem estabelecidos para a avaliação do desempenho institucional e pessoal da GDAPM ainda não foram definidos. Desta forma, a lei determina que enquanto não ocorrer esta regulamentação, os servidores perceberão a gratificação de desempenho institucional calculada com base na última pontuação obtida na GDAMP, que era a gratificação anteriormente estabelecida, e que utilizava como critério para pontuação o tempo médio entre a data de marcação da perícia inicial e a data de realização do exame.

Assim, as falhas nos sistemas operacionais, as fraudes no atendimento por telefone, bem como uma série de outras irregularidades, podem distorcer o método de aferição para a percepção da parcela institucional da GDAMP, consequentemente, os peritos médicos podem estar tendo seus proventos minorados em decorrência de um método de avaliação falho.

O valor do ponto atualmente para os servidores com carga horária de 40 horas semanais é de R$ 48,30, devendo passar a R$ 52,88 a partir de Julho de 2010. Desta forma esta remuneração variável poderá atingir, a partir de então, valores entre R$ 1.449,00 e R$ 4.830,00 em sua maior pontuação.

Os peritos que trabalham diretamente com perícias médicas fazem jus ao recebimento do adicional de insalubridade, calculado sobre o vencimento do cargo efetivo, pois ficam expostos a agentes biológicos nocivos, quando do exercício de suas atividades funcionais

conforme estipulado pela lei nº 8.112/90. A concessão do adicional deve existir enquanto durar a exposição aos agentes nocivos.

Especial atenção deve ser dada quanto à análise da carga horária de trabalho do Perito Médico Previdenciário. A lei nº 9.436/97 estipulava a carga horária de trabalho dos médicos da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional em 4 horas diárias e 20 horas semanais, situação em que se enquadravam os Peritos Médicos do INSS. Ocorre que, com a edição da lei nº 10.876/04 que estrutura a carreira de Perito Médico Previdenciário, a mesma passou a dotar de regramento próprio e deixou de ser contemplada pela regra da lei nº 9436/97.

A lei nº 10.876/04 estabelecia a jornada de trabalho dos peritos em 20 ou 40 horas semanais, com remuneração proporcional a esta carga horária de trabalho. A resolução nº 6 INSS de 04 de Janeiro de 2006 dispunha que ficavam autorizados os servidores com carga horária de 40 horas semanais, a cumprirem jornada de trabalho de 6 horas diárias e carga horária de 30 horas semanais, dispensado o intervalo para refeições. Dessa forma, a resolução supramencionada facultava aos servidores com carga horária de 40 semanais a reduzirem suas jornadas para 6 horas diárias, desde que dispensado o intervalo para refeições.

Esta situação foi modificada com a promulgação da lei nº 11.907/09, em 02 de Fevereiro de 2009, que instituiu a jornada de trabalho legal do servidor médico pericial somente em 40 horas semanais.

Tal situação provocou enorme insatisfação entre os peritos, pois até então, os mesmos podiam trabalhar em turnos ininterruptos de seis horas, situação esta preferida e adotada pela grande maioria dos profissionais, pois havia uma maior facilidade para que os mesmos pudessem exercer outros vínculos de trabalho, o que, certamente, não ocorre quando se estabelece a carga horária de 40 horas semanais.

Outra medida que causou grande insatisfação entre os Peritos foi a implantação, em todas as agências previdenciárias do país, no dia 1º de Outubro de 2009, do Sistema de Registro Eletrônico de Frequência (SISREF), como forma de a administração pública estabelecer o controle da jornada de trabalho de seus servidores.

A Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP) entende que o sistema apresenta diversas irregularidades em seu sistema informatizado e é inadequado às peculiaridades das atribuições dos Peritos, pois, além das tarefas realizadas dentro das agências do INSS, serviços externos tais como a execução de pesquisas, comparecimento em palestras e cursos de capacitação, além de atendimentos externos a agência de sua lotação, são

habitualmente realizados pelos peritos, o que tornaria inadequado o controle de sua carga horária de trabalho através do SISREF.

Ocorreu intensa mobilização da categoria contra tais medidas, até que, em 30 de Dezembro de 2009, foi editada a Medida Provisória nº 479, que alterou o art. 35 da lei nº 11.907/2009, de modo a facultar aos Peritos, o exercício de sua jornada de trabalho em 30 horas semanais, entretanto, com redução proporcional de seus vencimentos.

Devemos considerar que os resultados encontrados por esta pesquisa podem ter sofrido influências desta situação de instabilidade e insatisfação dos Peritos, já que a aplicação do instrumento de coleta foi realizada entre os meses de Dezembro de 2009 a Março de 2010.

O Perito exerce um papel fundamental dentro da previdência social, estando em suas mãos cerca de 60% de todos os benefícios concedidos pelo INSS.

Segundo Almeida (2005), a Perícia Médica é fator de estabilidade social, pois interfere no direito ao trabalho e gera elementos que têm desdobramentos trabalhistas, cíveis e até criminais.

O papel desempenhado pelo Perito Médico Previdenciário é de extrema importância para a sociedade, e o adequado desempenho de suas funções está relacionado ao grau de seu comprometimento com a carreira e a organização.

O quadro 1 resume as características das organizações em que estão inseridos os 2 grupos estudados.

CAS	**INSS**
Organização com regras transparentes	Relação conflituosa com os peritos
Membros participam ativamente da gestão	Redução do quadro de Peritos → excesso de trabalho
Membros são “donos” da organização	Alterações da carga horária de trabalho
Escolha democrática dos gestores	Agressões físicas e psicológicas
Modelo e valor da remuneração determinados por regras pré-estabelecidas	Precárias condições de segurança oferecidas pela instituição
Remuneração variável conforme a produtividade do grupo	Sentimento de descompromisso do INSS com os peritos

Quadro 1 – Características das organizações (CAS e INSS). SSA/BA, 2010
Fonte: Pesquisa de campo

As características do trabalho também são bastante diferentes nas 2 organizações. A perícia médica não pode ser confundida com medicina assistencial. Essa se fundamenta na confiança mútua, na empatia, na busca do diagnóstico, do tratamento e do alívio. A relação médico-periciado é muito diversa da relação médico-paciente; a relação médico-periciado fundamenta-se na desconfiança mútua, se caracterizando, por natureza, em uma relação de interesses divergentes. Os conflitos são vivenciados, por exemplo, na avaliação do segurado para a concessão de benefícios, nas divergências de entendimento dos procedimentos técnicos e sua aplicação, na interpretação de seu conjunto normativo e na discordância e insatisfação dos segurados quando a solicitação de benefício é negada. A possível falta de isenção, possivelmente suposta pelos segurados, dos Peritos Médicos do INSS, por serem os mesmos "empregados" do INSS, parecem agravar esses conflitos.

5.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa compõe-se de todos os médicos sócios da Clínica de Anestesia de Salvador (CAS), que, segundo seu contrato social, é de 70 indivíduos, e de todos os Peritos Médicos Previdenciários do INSS, lotados na cidade de Salvador, e em atividade, que, segundo ofício recebido daquela organização, é de 66 indivíduos.

A pesquisa teve como amostra 100% dos dois grupos. Em relação à CAS, o número de respondentes não atingiu 100% da amostra, pois dos 70 sócios do serviço, 1 se recusou a responder o questionário e 5 estavam de férias, não se conseguindo localizá-los. Assim, obteve-se um total de 64 indivíduos respondentes, o que corresponde a 91,4% dos Anestesiolgistas da CAS.

Em relação aos Peritos Médicos do INSS o número de respondentes não atingiu 100% da amostra, pois dos 66 peritos lotados na cidade de Salvador, 2 se recusaram a responder o questionário e 2 estavam de férias, não se conseguindo localizá-los. Assim, obteve-se um total de 62 indivíduos respondentes, o que corresponde a 93,9 % do total de Peritos do INSS lotados nas agências de Salvador-BA.

5.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionário estruturado, objetivo que foi apresentado em um envelope, sendo devolvido lacrado e sem nenhum tipo de identificação do respondente.

Um dos aspectos apontados por Mowday et al (1982), que poderia distorcer as respostas dos indivíduos, seria se os mesmos se sentissem ameaçados de alguma forma pela organização a qual pertence, por conta das respostas que fornecessem, ou se não soubessem como suas respostas seriam utilizadas. Para minimizar este problema, foi explicado minuciosamente ao respondente, por quem aplicou o instrumento de coleta[3], do caráter meramente acadêmico e voluntário da pesquisa, além do absoluto sigilo em relação às respostas dadas por cada indivíduo.

O acesso dos entrevistadores às instalações das unidades de trabalho dos grupos, por se tratarem de locais com acesso controlado, e, por vezes, o grande tempo de espera gasto pelos entrevistadores, até que o profissional estivesse disponível para responder a pesquisa, foram algumas das dificuldades encontradas para a aplicação do instrumento de coleta.

Não foram observadas maiores resistências por parte dos grupos participantes, em relação à pesquisa, fato este comprovado pelo alto índice de respondentes e o baixo grau de recusa em participar do estudo.

O instrumento de coleta utilizou o formato *Likert,* onde os respondentes se posicionaram mediante uma escala de 7 pontos que varia de 1= discordo plenamente a 7= concordo plenamente.

O instrumento se divide em duas partes. A primeira parte contém 14 perguntas relativas às características pessoais e profissionais do pesquisado. Dentre as características pessoais pesquisadas estão: Idade, sexo, estado civil, grau de pós-graduação, tempo de formatura e de término da especialização; dentre as características profissionais: renda total, percentual da renda oriunda organização em relação à renda total, tempo de trabalho na organização, grau de dificuldade para entrar na organização e percepção em relação à adequação do modelo de remuneração adotado pela sua organização.

[3] A coleta foi realizada pelo pesquisador e por dois bolsistas, estudantes de graduação, devidamente treinados e supervisionados pelo autor da pesquisa. O período da coleta se deu entre Dezembro/2009 a Março/2010

Estas variáveis foram analisadas com o objetivo de se traçar um perfil dos grupos estudados, bem como para se buscar de que maneira podem estar associadas a determinado perfil de comprometimento em cada grupo e, também, quando se comparam os dois grupos.

A segunda parte contém as sentenças utilizadas para as medidas de comprometimento com a organização e a carreira, e as de comprometimento organizacional nas bases afetiva e instrumental, totalizando 22 itens.

Para aferir os níveis de comprometimento com a organização (CAS e INSS), foi aplicada uma versão adaptada do questionário proposto por Mowday et al (1982), que integra o *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ).

Este instrumento foi adaptado para o contexto brasileiro por Borges-Andrade, Affanasieff e Silva (1989 *apud* BASTOS, 1994), sendo reconhecido por diversos autores nacionais como consistente e confiável, a exemplo de Bastos (1994); Costa (1999); Carvalho (2000) e Costa (2005).

Para aferir o comprometimento com a carreira, foi utilizada uma versão adaptada da escala proposta por Blau (1985), instrumento já validado no Brasil através de vários estudos, a exemplo de Scheible (2004) e Bastos (2000).

Para se aferir os graus de comprometimento organizacional de bases instrumental e afetiva, o instrumento mais aceito entre os pesquisadores é o desenvolvido por Meyer e Allen, que procura explicitar as naturezas do vínculo do indivíduo com a organização sob a ótica multidimensional (Meyer e Allen 1990; 1993).

Este instrumento mensura o comprometimento de base afetiva através do *Affective Commitment to the Ocupation* (ACS), o comprometimento de base instrumental através do *Continuance Commitment to the Occupation*. (CCS) e o comprometimento de base normativa através do *Normative Commitment to the Occupation* (NCS).

Embora a abordagem proposta por Meyer e Allen (1993), procure explicitar as naturezas do vínculo do indivíduo com a organização segundo as bases afetiva, instrumental e normativa, este trabalho medirá apenas as bases afetiva e instrumental, devido à sobreposição da base normativa e afetiva, e aos baixos índices de confiabilidade nas pesquisas brasileiras em relação à dimensão normativa (CULPPEPER, 2000; MEDEIROS, 2003 *apud* COSTA, 2007).

Foi utilizada neste estudo para aferir o comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, respectivamente, uma versão adaptada do *Affective Commitment to the Ocupation* (ACS), e do *Continuance Commitment to the Occupation*.

As sentenças utilizadas para medir o comprometimento **com a organização** são apresentadas no Quadro 2, abaixo:

1 - Conversando com amigos, eu sempre me refiro em relação ao meu trabalho como um excelente tipo de trabalho.
3 - Eu acredito que os valores preconizados para quem atua como perito do INSS/Anestesiologista da CAS são os mesmos meus.
8 - Para mim, ser perito do INSS/Anestesiologista da CAS é a melhor profissão que eu poderia escolher.
9 - Eu me sinto estimulado a trabalhar como perito do INSS/ Anestesiologista da CAS.
12 - Acredito que o INSS/ CAS me traz grandes chances de progredir profissionalmente.
17 - Eu me sinto emocionalmente vinculado ao INSS/CAS.
20 - Sinto que perdi boas oportunidades de trabalho me vinculando ao INSS/CAS.

Quadro 2: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento com a organização.
Fonte: Adaptado de Mowday et al (1982).

O Quadro 3 relaciona as sentenças utilizadas para mensurar o comprometimento com a carreira:

6 - Desejo ser perito do INSS/Anestesiologista da CAS pelo resto de minha vida.
7 - Se eu pudesse escolher um trabalho diferente do meu (Perito do INSS/Anestesiologista da CAS), que pagasse o mesmo, eu provavelmente o escolheria.
13 - Eu ficaria satisfeito em passar o resto da minha carreira como Perito do INSS/Anestesiologista da CAS.
16 - Mesmo que eu ganhasse todo o dinheiro que ganho atualmente, sem ser necessário trabalhar, eu ainda continuaria a ser Perito do INSS/Anestesiologista da CAS.
19 - Para mim, ser perito do INSS/Anestesiologista da CAS é a melhor carreira que eu poderia escolher.

Quadro 3: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento com a carreira
Fonte: Adaptado de Blau (1985).

As sentenças utilizadas para medir o comprometimento organizacional frente às bases afetiva e instrumental encontram-se nos Quadros 4 e 5, abaixo:

2 - Quando falam mal do INSS/CAS eu me sinto ofendido pessoalmente.
11 - Eu sinto os problemas do INSS/CAS como meus.
21 - Eu me sinto como uma pessoa de casa no INSS/CAS.

Quadro 4: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento organizacional de base afetiva.
Fonte: Adaptado de Meyer, Allen e Smith (1993)

4 - Eu escolhi me vincular ao INSS/CAS, pois o retorno financeiro ainda é melhor que em outras áreas médicas.
5 - A única coisa negativa que me aconteceria se eu deixasse meu trabalho no INSS/CAS agora, seria a perda da remuneração.
10 - Na situação atual, me manter no INSS/CAS é na realidade mais uma necessidade que um desejo.
14 - Mesmo que eu quisesse seria muito difícil para eu deixar o INSS/CAS agora.
15 - Eu acho que não acharia coisa melhor para trabalhar se eu me desvinculasse do INSS/CAS agora.

Quadro 5: Ítens adaptados da escala de medida do comprometimento organizacional de base instrumental.
Fonte: Adaptado de Meyer, Allen e Smith (1993).

Para que se classificassem os graus de comprometimento atribuídos aos focos organização e carreira e organizacional de bases afetiva e instrumental, foram estabelecidos os critérios contidos no Quadro 6, segundo o trabalho de Carvalho (2000):

Classificação	**Negativo**	**Moderadamente negativo**	**Moderadamente positivo**	**Positivo**	**Muito positivo**
Valor	1,0-2,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0- 7,0

Quadro 6: Classificação das Médias de Comprometimento
Fonte: Adaptado de Carvalho (2000)

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *software* SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* 12.0, normalmente utilizado em pesquisas nas ciências sociais.

Utilizou-se o Teste t para comparar as médias de graus de comprometimento nos diferentes focos e bases, para que se identificassem possíveis diferenças entre os respondentes.

Foram realizadas, também, análises de correlação, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson, que varia de +1 a -1, em que a designação r simboliza a estimativa do coeficiente de correlação (HAIR et al., 1998). A correlação é o quanto uma variável está associada, positiva ou negativamente, com outras (COOPER; SCHINDLER, 2005). Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), havendo, portanto 95% de confiança de que estão corretos.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados. Inicialmente são identificadas as características pessoais e profissionais dos individuos para que se possibilite traçar um perfil dos grupos estudados.

Foi quantificado o grau de comprometimento dos indivíduos com a carreira e com a organização em que esta inserido (CAS e INSS), caracterizando a natureza afetiva e instrumental do comprometimento com a organização.

Posteriormente, procurou-se determinar quais características pessoais ou profissionais poderiam se apresentar como elementos preditores do grau de comprometimento nos focos carreira e organização (bases afetiva e instrumental) em cada grupo (Peritos e Anestesiologistas), através de cálculos de associação/correlação.

Também foi estudado se havia associação entre a percepção em relação à adequação do modelo de remuneração adotado pela organização e o grau de comprometimento com a carreira e a organização dos grupos.

6.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DA CLÍNICA DE ANESTESIA DE SALVADOR E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS

Para a caracterização do perfil dos dois grupos, foram identificadas as características pessoais referentes a: distribuição por faixa etária, sexo, estado civil, grau de pós-graduação, tempo de formatura e término da especialização. As características profissionais pesquisadas foram: outros vínculos de trabalho, renda total, percentual da remuneração oriunda da organização em relação á renda total do indivíduo, tempo de trabalho na organização e grau de dificuldade para admissão na organização.

6.1.1 Distribuição dos grupos por faixa etária

Os Peritos compõem um grupo com média de idade mais elevada que os Anestesiologistas: 45 e 38 anos, respectivamente, entretanto, quando se observa a distribuição dos grupos por faixa etária, verifica-se entre os peritos um baixo índice de indivíduos acima de 50 anos de idade (11,3%), fato este justificado pelo longo intervalo de tempo decorrido entre a realização dos concursos públicos para o cargo. No ano de 2005 ocorreu o primeiro concurso para o cargo, depois de mais de 20 anos sem a sua realização.

Dois novos concursos foram realizados nos anos de 2006 e 2010. Os candidatos aprovados no concurso realizado no ano de 2010 ainda não haviam tomado posse quando da realização desta pesquisa.

Os Anestesiologistas apresentam uma distribuição mais homogênea em relação às diversas faixas etárias, conforme se pode observar na Tabela 1; entretanto, nos dois grupos observa-se uma predominância de indivíduos com idade inferior a 40 anos (50 % na CAS e 58,1% no INSS).

A predominância de indivíduos jovens em ambos os grupos pode ser explicada pelo mecanismo de admissão. Os Peritos são admitidos por concurso público, que, por ser bastante concorrido, demanda uma grande dedicação ao processo de preparação para a sua realização. Profissionais de uma faixa etária mais elevada, geralmente, têm múltiplos vínculos de trabalho, muitos deles com jornadas de trabalho longas e extenuantes, o que pode inviabilizar a necessária preparação destes profissionais para uma participação competitiva nestes concursos.

Em relação ao grupo dos Anestesiologistas, observa-se uma possível preferência pela admissão de profissionais jovens em início de carreira, por conta da própria política interna da empresa, como já explicitado anteriormente.

Tabela 01 – Distribuição dos grupos por faixa etária e organização. Salvador/BA, 2010.

Idade	**N**	**Anestesiologistas (CAS)**		**Peritos (INSS)**	
		n	**%**	**n**	**%**
	124	**62***	**100**	**62**	**100**
Até 30 anos	10	6	9,7	4	6,5
De 31 a 40 anos	57	25	40,3	32	51,6
De 41 a 50 anos	27	8	12,9	19	30,6
De 51 a 60 anos	14	10	16,1	4	6,5
De 61 a 70 anos	15	12	19,4	3	4,8
Mais de 70 anos	1	1	1,6	-	-

* Dois indivíduos não responderam a questão
Fonte: Pesquisa de campo

6.1.2 Distribuição por sexo

Observa-se no grupo dos Peritos uma predominância do sexo feminino (58%), o que pode ser reflexo do crescente aumento da participação feminina no mercado de trabalho.

Scorzafave (2001) e Menezes Filho (2006) mostram que a taxa de participação feminina na força de trabalho passou de 41% para 54% entre 1982 e 1997, atingido 58,8% no ano de 2002.

A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), instrumento de coleta de dados do Ministério do Trabalho e Emprego para a obtenção de informações para a gestão da atividade trabalhista no Brasil, mostrou um crescimento de 5,5% da participação da mão de obra feminina no ano de 2008 em relação ao ano de 2007, maior que o crescimento entre os homens, que foi de 4,4%, o que confirma a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho.

Em recente pesquisa, o CFM detectou o importante aumento da participação das mulheres na população de médicos. Entre os anos de 2000 a 2009, a proporção de profissionais do sexo feminino em relação ao total de médicos inscritos nos conselhos de medicina aumentou de 35,5% para 39%. Neste mesmo período, o número de médicos aumentou 20,1% e o de médicas 39,8%. Considerando-se apenas as novas inscrições neste periodo, participação feminina fica em 52% (CFM, 2010).

Unicamente o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho não justificaria a predominância de mulheres no grupo de Peritos; a atração que as mulheres parecem ter com vínculos de trabalho que possam lhe garantir determinados benefícios, tais como a licença maternidade, mesmo que tenham que abdicar de maiores remunerações, também é um fator a ser considerado.

A CAS, por se tratar de uma empresa em que unicamente seus sócios exercem a prestação dos serviços, sendo as despesas e receitas divididas equitativamente entre os mesmos, parece priorizar a entrada de profissionais do sexo masculino, pela suposta crença de que as mulheres possam ter um maior índice de absenteísmo ao trabalho, além de períodos de afastamento em caso de gravidez e parto, o que parece ser um dos motivos para tal política, pois esta situação levaria a uma diminuição do valor a ser percebido por cada sócio, ou a um aumento da carga de trabalho dos mesmos, enquanto perdurasse o afastamento.

Tabela 02 – Distribuição dos grupos por sexo. Salvador/BA, 2010.

Sexo /Grupo	N	Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
		n	%	n	%
	126	**64**	**100**	**62**	**100**
Masculino	86	60	93,75	26	41,9
Feminino	40	4	6,25	36	58,1

Fonte: Pesquisa de campo

6.1.3 Distribuição dos grupos por estado civil

Na análise da Tabela 3, observa-se a predominância de indivíduos casados nos dois grupos, sendo 73% entre os Anestesiologistas e 61,3 % entre os Peritos. A menor proporção de indivíduos casados entre os Peritos, apesar da maior média de idade entre estes, pode ser justificada pela presença de um maior número de indivíduos divorciados neste grupo.

Tabela 03 – Distribuição dos grupos por estado civil. Salvador/BA, 2010.

Estado civil / Grupo	N	Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
		n	%	n	%
	125	**63***	**100**	**62**	**100**
Casado	84	46	73,0	38	61,3
Solteiro	22	10	15,8	12	19,3
Viúvo	1	-	-	1	1,6
Divorciado	9	3	4,8	6	9,7
Convive	7	3	4,8	4	6,5
Separado	1	1	1,6	-	-
Outro	1	-	-	1	1,6

* Um entrevistado não respondeu a questão
Fonte: Pesquisa de campo

6.1.4 Distribuição dos grupos por grau de pós-graduação

Observa-se um elevado grau de escolaridade na amostra estudada, pois apenas um indivíduo não possui nenhum grau de pós-graduação. Todos os Anestesiologistas possuem especialização em Anestesiologia, sendo este um pré-requisito para ser admitido na sociedade,

e três indivíduos (4,7%) possuem mestrado. Entre os peritos, 88,7% do total tem título de especialista e seis têm o título de mestre (9,7 %).

Tabela 04 – Distribuição dos grupos por grau de pós-graduação. Salvador/BA, 2010.

Grau de Pós-graduação /Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	126	**64**	**100**	**62**	**100**
Nenhum	1	-	-	1	1,6
Especialização	116	61	95,3	55	88,7
Mestrado	9	3	4,7	6	9,7

Fonte: Pesquisa de campo

6.1.5 Distribuição dos grupos por tempo de formatura e término da especialização.

No grupo dos Anestesiologistas, cerca de 30% do total dos integrantes têm de 4 a 10 anos de formado e cerca de 70% tem mais de 10 anos do término da graduação, números semelhantes àqueles observados entre os peritos (30,6 % e 69,4%) **(Tabelas 5).**

Em relação ao tempo de término da especialização, observa-se que o padrão se repete, sendo semelhante entre os grupos, ou seja, compatível com a distribuição do tempo de formatura, com uma predominância de indivíduos com mais de 10 anos decorridos do término da mesma **(Tabela 6)**.

Tabela 05 – Distribuição dos grupos por tempo de formatura. Salvador/BA, 2010.

Tempo de formatura / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	124	**62***	**100**	**62**	**100**
Até 4 anos	1	1	1,6	-	
De 4 a 10 anos	37	18	29,0	19	30,6
Mais de 10 anos	86	43	69,4	43	69,4

* Dois entrevistados não responderam à questão.
Fonte: Pesquisa de campo

Tabela 06 – Distribuição dos grupos por tempo de término da especialização. Salvador/BA, 2010.

Tempo que terminou a especialidade / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	121	**62***	**100**	**59****	**100**
Até 4 anos	16	10	16,1	6	10,2
De 4 a 10 anos	38	13	21,0	25	42,4
Mais de 10 anos	67	39	62,9	28	47,4

* Dois indivíduos não responderam à questão.
** Três indivíduos não responderam a questão.
Fonte: Pesquisa de campo

Em síntese, os dois grupos se assemelham em relação à escolaridade, tempo de formatura, estado civil e tempo de término da especialização.

Os Anestesiologistas se caracterizam por ser um grupo predominantemente masculino e mais jovem que os Peritos. Os Peritos, ao contrário, é um grupo composto em sua maioria por mulheres e com idade mais elevada que os Anestesiologistas.

6.2 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DA CLÍNICA DE ANESTESIA DE SALVADOR E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS

6.2.1 Distribuição dos grupos em relação a possuírem outros vínculos de trabalho

Observa-se que há uma maior percentagem de Anestesiologistas com outros vínculos de trabalho que os Peritos. Tal fato parece ocorrer devido ao modo como e distribuida a carga horária de trabalho nos grupos.

Os Anestesiologistas trabalham em regime de plantão, sendo sua carga horária distribuída em turnos diurnos, plantões noturnos e finais de semana, o que facilita a vinculação dos mesmos a outros locais de trabalho.

Os Peritos têm uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais, em horário administrativo, o que pode dificultar a manutenção de outros vínculos de trabalho. Apesar deste provável empecilho, 65,6% dos Peritos responderam possuir outro vínculo de trabalho. **(Tabela 07).**

O desejo de manter múltiplos vínculos de trabalho, mesmo em condições insatisfatórias e com grande sobrecarga de trabalho, pode significar a busca do médico pelo status de profissional liberal existente no imaginário destes profissionais.

Tabela 07 – Distribuição dos grupos em relação a possuírem outros vínculos de trabalho. Salvador/BA, 2010.

Outro vínculo de trabalho / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	123	**62***	**100**	**61****	**100**
Sim	85	45	72,6	40	65,6
Não	38	17	27,4	21	34,4

* Dois indivíduos não responderam a questão.
** Um indivíduo não respondeu a questão.
Fonte: Pesquisa de campo

6.2.2 Distribuição dos grupos em relação à renda total e percentual da renda oriunda da organização em relação à renda total

Observa-se um maior nível de renda entre os Anestesiologistas que entre os Peritos. A renda média do primeiro grupo foi de 32,5 Salários mínimos[4] (S.M.) e a do segundo grupo de 22 S.M. Cerca de metade (49,2%) dos Anestesiologistas ganha mais de 31 S.M. mensalmente, o que se observa em apenas 8,5 % do total de Peritos. Tais constatações podem ser justificadas pelo maior número de indivíduos com outros vínculos de trabalho e com cargas horárias de trabalho maiores no grupo dos Anestesiologistas do que no grupo dos Peritos.

Tabela 08 – Distribuição dos grupos em relação à renda total em Salários Mínimos (SM). Salvador/ BA, 2010.

Renda aproximada / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	118	**59***	**100**	**59***	**100**
Até 14 S.M.	10	2	3,4	8	13,6
De 14 S.M.a R$ 20 S.M.	31	10	16,9	21	35,6
De 21 S.M. a 30 S.M.	43	18	30,5	25	42,3
De 31 S.M. a 40 S.M.	26	22	37,3	4	6,8
Mais de 40 S.M.	8	7	11,9	1	1,7

* Cinco indivíduos não responderam a questão.
** Três indivíduos não responderam a questão.
Fonte: Pesquisa de campo

Outro achado, em relação à renda dos grupos, é o número quatro vezes maior de indivíduos com renda inferior a 14 S.M. entre os Peritos (13,6%) que entre os Anestesiologistas (3,4%). Observa-se, ainda, um número 7 vezes maior de Anestesiologistas (sete indivíduos) que de Peritos que auferem mais de 40 S.M. mensalmente.

[4] O valor do Salário mínimo na data da aplicação do instrumento de coleta era de R$ 510,00

Não se pode esquecer que, apesar da renda média dos Peritos ser menor que a dos Anestesiologistas, os primeiros possuem diversos benefícios que os Anestesiologistas não possuem, tais como décimo terceiro salário, licença médica sem limite de tempo e aposentadoria integral. Diferentemente dos Peritos, os Anestesiologistas têm que arcar com eventuais prejuízos sofridos pela organização, por serem sócios da mesma.

O percentual da renda oriunda da CAS/INSS em relação à renda total é semelhante nos dois grupos. Em média 70 % da renda total dos Anestesiologistas e dos peritos provem destas organizações.

Tabela 09 – Distribuição dos grupos por percentual da renda oriunda da organizacao em relação à renda total. Salvador/BA, 2010.

Percentual da renda oriunda da organização em relação à renda total / Grupo	**N**	**Anestesiologistas (CAS)**		**Peritos (INSS)**	
		n	**%**	**n**	**%**
	121	**62**	**100**	**59**	**100**
Até 50%	31	17	27,4	14	23,8
De 51 a 75 %	41	20	32,3	21	35,6
De 76 a 99%	26	14	22,6	12	20,3
100 %	23	11	17,7	12	20,3

Fonte: Pesquisa de campo

A análise da Tabela 9 indica o quanto a renda oriunda da CAS/INSS representa na renda total auferida pelo indivíduo. Verifica-se que tanto no grupo dos Anestesiologistas (72,6%) quanto no grupo dos Peritos (76,2%), mais de 50 % da sua renda tem como origem a CAS e o INSS respectivamente.

6.2.3 Distribuição dos grupos em relação ao tempo de trabalho na Organização

Observa-se uma distribuição bastante diferente quando se compara esta variável entre os dois grupos. Entre os Anestesiologistas, ocorre uma distribuição mais homogênea, conforme se pode observar na Tabela 10, com 30,6 % de indivíduos com mais de 20 anos de vínculo. Os Peritos se distribuem de maneira heterogênea, com mais de 53,3% dos indivíduos possuindo menos de 5 anos de vinculação à organização.

A admissão de novos sócios à CAS é realizada conforme as necessidades da organização, seja por conta do aumento da demanda de serviço, ou por saída de algum membro, sendo admitidos, geralmente, indivíduos jovens, o que pode explicar como se apresentam os dados em relação ao tempo de vinculação à organização.

O INSS não realizou concurso público para o cargo de Perito Médico por cerca de 20 anos, sendo realizados, então, concursos nos anos de 2005, 2006 e 2010, o que explica o pouco tempo de vínculo de trabalho com a organização da maioria dos indivíduos. Como já registrado anteriormente, os candidatos aprovados no concurso realizado no ano de 2010 não haviam tomado posse quando da realização desta pesquisa.

Tabela 10 – Distribuição dos grupos em relacao ao tempo de trabalho na Organização. Salvador/ BA, 2010.

Tempo de trabalho na organização / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	122	**62***	**100**	**60****	**100**
Menos de 5 anos	45	13	20,9	32	53,3
De 5 a 10 anos	32	16	25,9	16	26,7
11 a 20 anos	20	14	22,6	6	10,0
Mais de 20 anos	25	19	30,6	6	10,0

* Dois indivíduos não responderam a questão
** Dois indivíduos não responderam a questão
Fonte: Pesquisa de campo

6.2.4 Distribuição dos grupos em relação ao grau de dificuldade para admissão na Organização

A maioria dos Anestesiologistas considerou difícil (52,5%) ou muito difícil (11,5%) ingressar na organização, números bastante semelhantes àqueles encontrados entre os Peritos (60 % e 11,7%) **(Tabela 11)**.

Tabela 11 – Distribuição dos grupos em relacao ao grau de dificuldade para admissão na organização. Salvador/ BA, 2010.

Grau de dificuldade para admissão na organização / Grupo		Anestesiologistas (CAS)		Peritos (INSS)	
	N	n	%	n	%
	121	**61***	**100**	**60***	**100**
Muito fácil	4	3	4,9	1	1,7
Fácil	30	18	29,5	12	20
Difícil	68	32	52,5	36	60
Muito difícil	14	7	11,5	7	11,7
Extremamente difícil	5	1	1,6	4	6,6

* Três indivíduos não responderam a questão
** Dois indivíduos não responderam a questão
Fonte: Pesquisa de campo

Entre os peritos, o número de indivíduos que considerou extremamente difícil entrar na organização foi cerca de 4 vezes maior que entre os Anestesiologistas (6,6% e 1,6%).

6.2.5 Distribuição em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização

O modelo de remuneração adotado pela CAS é a remuneração por resultado e o adotado pelo INSS é o modelo de remuneração por tempo.

Quando questionados sobre a adequação do modelo de remuneração, observa-se, na tabela abaixo, que entre a grande maioria dos Anestesiologistas (83,3%), há a percepção de que o modelo de remuneração adotado pela organização é adequado, o que não se observa entre os Peritos, pois 66,7% do total acredita que o modelo de remuneração adotado pelo INSS não é adequado ao seu tipo de trabalho **(Tabela 12)**.

Apesar dos Peritos terem seu modelo de remuneração especificado em lei, sendo os mesmos cientificados de todos seus direitos e deveres quando da sua posse no cargo público, os mesmos demonstraram um elevado grau de insatisfação com o modelo de remuneração adotado pela instituição (66,7%).

A perda da percepção do *status* de profissional liberal que os mesmos sofrem quando assumem a função de servidor público, em que o modelo de remuneração adotado é baseado, principalmente, no fator tempo (OIT, 1985), pode ser fonte de insatisfação e inadequação dos mesmos a este novo *status* e, consequentemente, em relação ao modelo de remuneração adotado pela organização.

Os Anestesiologistas, ao contrário dos Peritos, consideraram em sua grande maioria, que o modelo de remuneração adotado pela CAS era adequado com seu tipo de trabalho. O modelo de remuneração adotado pela CAS é aquele baseado no fator resultado (produtividade do grupo), estando em consonância com o *status* de profissional liberal presente no imaginário destes profissionais, o que pode explicar o sentimento de adequação deste modelo de remuneração entre os Anestesiologistas.

Tabela 12 – Distribuição dos grupos em relação à percepcao da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização. Salvador/BA, 2009.

Percepção em relação ao modelo de remuneração/ Grupo	**ANESTESIOLOGISTAS (CAS)**		**PERITOS (INSS)**	
	n	%	n	%
Adequado	50	83,3	20	33,3
Não adequado	10	16,7	40	66,7

Fonte: Pesquisa de campo

Em síntese, os dois grupos se assemelham em relação à escolaridade, tempo de formatura, estado civil e tempo de término da especialização. Os dois grupos consideraram difícil ou muito difícil ingressar na organização.

Uma diferença importante entre os 2 grupos ocorre em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização, pois enquanto os Anestesiologistas consideraram o modelo adotado pela CAS como adequado, a grande maioria dos Peritos (83,3%) considerou o modelo adotado pelo INSS como inadequado.

6.3 GRAUS DE COMPROMETIMENTO DOS GRUPOS NOS FOCOS CARREIRA E ORGANIZAÇÃO

A seguir, são apresentados os resultados sobre a medida do grau de comprometimento nos focos carreira e organização dos 2 grupos em estudo. As sentenças utilizadas para a medida do comprometimento com a carreira são as de nº 6, 7, 13, 16 e 19. As sentenças nº 1, 3, 8, 9, 12,17 e 20 referem-se à medida do comprometimento com a organização.

A Tabela 13 especifica e detalha o comprometimento com a carreira e com a organização, contendo as informações referentes à média do grau de comprometimento nos dois focos dos grupos estudados.

Tabela 13 – Média dos graus de comprometimento nos focos carreira e organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010

Foco/ Grupo	Anestesiologistas (CAS)	Peritos (INSS)	p-valor
Carreira	**5,1**	**2,9**	**p<0,05**
Organização	**5,5**	**3,4**	**p<0,05**

Fonte: Pesquisa de campo

Observa-se que os graus de comprometimento dos **Anestesiologistas** com a carreira é **positivo, com um valor médio de 5,1**, conforme a referência utilizada, e entre os **Peritos** ele é **negativo, com um valor médio de 2,9**. Ambas as diferenças são estatisticamente significantes, reconhecendo-se como significante do ponto de vista estatístico $p < 0,05$ **(Tabela 11)**.

Blau (1985 *apud* CARVALHO, 2000) define comprometimento com a carreira como a atitude de um indivíduo em relação à sua profissão, estando relacionada à motivação que alguém tem para trabalhar em sua carreira/profissão, traduzidas por atitudes como sentir

orgulho pelo que faz, realizar suas atividades com prazer e o desejo de permanecer na profissão. Bastos (1994) afirma que o comprometimento com a carreira relaciona-se negativamente com a rotatividade no trabalho.

O trabalho médico tem por característica ser um trabalho inovador, não rotineiro, onde as tarefas desenvolvidas são na maioria das vezes de maneira interdependente; tais características, segundo Bateman e Strasser (1984) e Fukami e Larson (1984), estariam associadas a um maior grau de comprometimento com a carreira.

Algumas características da organização à qual esteja vinculado tais como estilo participativo, comunicação e comportamentos de estruturação e consideração dos líderes da organização, segundo Bateman e Strasser (1984) e Fukami e Larson (1984), também estão associadas a maior grau de comprometimento com a carreira.

Estes elementos parecem explicar o elevado grau de comprometimento com a carreira observado entre os Anestesiologistas. O baixo grau de comprometimento dos Peritos com a carreira pode ser explicado segundo os argumentos destes mesmos autores, pois as tarefas desenvolvidas pelos peritos podem não apresentar aquelas características acima descritas, como o caráter inovador, não rotineiro e com tarefas interdependentes. Outro fator que pode estar influenciando o baixo comprometimento com a carreira destes indivíduos é a falta daquelas características organizacionais citadas por Bateman e Strasser (1984) e Fukami e Larson (1984).

Pode-se inferir que os Peritos, por conta do seu baixo grau de comprometimento com a carreira poderiam apresentar maior chance de abandono da profissão, o que não ocorreria com os Anestesiologistas, por possuírem um elevado grau de comprometimento com a carreira.

Miner e Robinson (1994) afirmam que indivíduos com habilidades e competências que lhe permitem procurar e aceitar empregos em cenários variados têm a carreira como seu ponto focal e não a organização na qual trabalham.

O baixo índice de pedidos de exoneração observado entre os Peritos lotados na cidade de Salvador[5], apesar de toda a situação conflituosa existente entre a organização e os mesmos demonstra que não há uma significante intenção de desvinculação dos mesmos com a instituição. O baixo grau de comprometimento com a carreira poderia contribuir com o desejo de se desvincular da Carreira de Perito, situação não observada na amostra estudada. Tal

[5] Entre os anos de 2008 e 2009 houve apenas dois pedidos de exoneração de Peritos lotados nas agências da cidade de Salvador (3% do total).

constatação pode ser explicada em função do "entrincheiramento" na carreira destes profissionais.

O entrincheiramento na carreira diz respeito à opção de continuar na mesma linha de ação profissional por falta de opções, pela sensação de perda dos investimentos já realizados, ou pela percepção de um preço emocional muito alto a pagar para mudar (CARSON; BEDEIAN, 1994).

Segundo Carson et al (1995), o entrincheiramento possui 3 dimensões, que são descritas no Quadro 7.

Dimensão	Descrição
Investimentos na carreira	Baseada nos estudos de Becker (1960), investimentos neste contexto referem-se a: tempo investido; dinheiro e/ou esforço relativo à capacitação profissional, bem como cargo e salário. Tendem a serem mais altos em carreiras que demandam mais conhecimentos específicos, portanto, níveis educacionais ou técnicos mais altos.
Custos emocionais	Também baseada nos estudos de Becker (1960), envolve questões sociais e psicológicas associadas à ruptura de relações interpessoais que uma mudança de carreira traria, como: perda da convivência com os colegas, quebra de vínculos profissionais, desconexão da área de atuação. A escolha por uma carreira é um compromisso assumido publicamente, portanto sair deste compromisso pode custar emocionalmente, inclusive em termos de reconhecimento social.
Falta de alternativas de carreira	Os investimentos realizados e a visibilidade dos custos emocionais fazem com que não seja dada atenção suficiente às oportunidades de mudança de carreira. Com o passar do tempo, passa a existir um leque mais restrito destas alternativas, pois o conhecimento necessário para exercer a carreira torna-se mais específico, tanto no contexto da organizacao, como no contexto do trabalho em si. Idade, por exemplo, pode ser um fator de redução.

Quadro 7: Dimensões do entrincheiramento na carreira
Fonte: Carson et al (apud SCHEIBLE, 2006)

Carson et al (1995) afirmam que sintomas de entrincheiramento podem incluir: desejo de evitar estigma social, medo que a idade limite uma boa recolocação, falta de desejo de deixar privilégios já adquiridos e medo de perder com a troca.

Políticas de recursos humanos vantajosas, com relação a benefícios e salários podem contribuir para o "entrincheiramento" destes profissionais.

Cleveland e Shore (1992) afirmam que o entrincheiramento na carreira se correlaciona positivamente com a idade e o tempo de permanência na carreira. Os Peritos apresentam uma média de idade de 38 anos (mais baixa que os Anestesiologistas) e grande parte tem pouco

tempo de vínculo à organização (mais de 50 % com menos de cinco anos e menos de 20 % com mais de 10 anos), e apesar disso, tais fatores parecem não ter se revelados significativos para que os mesmos não se entrincheirassem em suas carreiras.

Em relação ao comprometimento com a organização, os **Anestesiologistas** apresentam um maior grau de comprometimento do que os Peritos, atingindo um **valor médio de 5,5 (positivo)** e os **Peritos uma média de 3,4 (moderadamente negativo)**. Tal diferença também é estatisticamente significante, com um $p < 0,05$ **(Tabela 11)**.

Arnold e Davey (1999 apud TAMAYO et al, 2001) identificaram que a natureza do trabalho e o desenvolvimento da carreira são preditores importantes do comprometimento organizacional. Bateman e Strasser (1984) e Fukami e Larson (1984), afirmam que características da organização, tais como o estilo participativo de gestão, comunicação adequada das lideranças, com comportamentos de estruturação e consideração apresentam correlação positiva com o grau de comprometimento organizacional.

O suporte organizacional percebido e a satisfação com as recompensas intrínsecas e extrínsecas, segundo O'Driscoll e Randall (1999), também são preditores importantes do comprometimento organizacional.

Tais características são observadas na forma de gestão da CAS, organização em que se inserem os Anestesiologistas, o que parece explicar seu elevado grau de comprometimento com a organização.

A relação entre os Peritos e o INSS parece não vir se pautando por estas características, conforme podemos verificar a seguir.

A Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP) registra em seu site (http://www.anmp.com.br) alguns fatores de insatisfação dos Peritos com o INSS:

- diminuição do quadro de médicos peritos, que contribui bastante para gerar o caos no atendimento ao público e o excesso de trabalho para os profissionais;
- flexibilização da carga horária de trabalho para 6 horas diárias com redução de vencimentos;
- ocorrência rotineira de casos de agressões psicológicas e físicas, o que parece ter aumentado devido à exigência do INSS da pericia ser realizada em um tempo máximo de 20 minutos.
- precárias condições de segurança oferecidas pela instituição.

A ANMP registrou, no ano de 2008, 102 casos de agressão a Peritos por parte de segurados do INSS. Apesar de a associação considerar o número elevado, a situação pode ser considerada melhor do que nos 2 anos anteriores, quando houve o assassinato de 4 peritos.

A ANMP ressalta, ainda, que o clima de insegurança entre os médicos é tamanho que há um processo de "adoecimento maciço". Tem ocorrido um grande número de casos de distúrbios de comportamento decorrente de estresse. Tal cenário tem provocado grande insatisfaçao entre os peritos com consequente falta de motivação para o desempenho de suas funções.

A motivação é algo interno do ser humano, mas a organização pode influenciar de forma determinante, o que parece estar ocorrendo na relação entre o INSS e os Peritos.

A motivação é um pré-requisito para o comprometimento. A motivação é o combustível e o comprometimento o resultado positivo de pessoas motivadas, portanto pessoas motivadas são mais comprometidas com a organização.

Tal cenário poderia explicar o baixo grau de comprometimento com a organização aferido entre os Peritos.

6.3.1 Graus de comprometimento com a carreira e com a organização dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características pessoais

- **Correlação com a idade**

Mottaz (1988) e Bastos (1994) encontraram, em seus trabalhos, graus mais elevados de comprometimento com a carreira e a organização em pessoas de maior idade.

Em relação ao foco carreira, não há correlação significante entre idade e grau de comprometimento no grupo dos Peritos (p=0,4). No grupo dos Anestesiologistas se observou correlação entre idade e grau de comprometimento com a carreira (p=0,02), mas classificando-se como uma fraca correlação (r=0,28), conforme podemos observar na Figura 2:

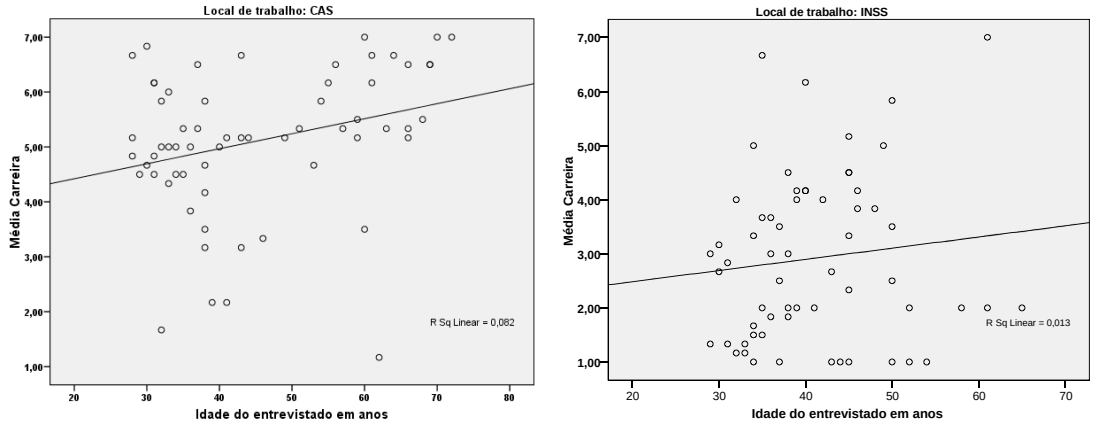

Figura 2 - Gráficos da correlação da idade do entrevistado e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

Em relação ao comprometimento no foco organização, no grupo dos Anestesiologistas há uma correlação significante (p=0,002), entretanto fraca (r=0,39) com a idade do indivíduo. Não se observou correlação entre idade e comprometimento no foco organização entre os Peritos (p=0,28), conforme podemos observar na Figura 3.

Tais achados estao em conformidade com o trabalho de Irving (1997).

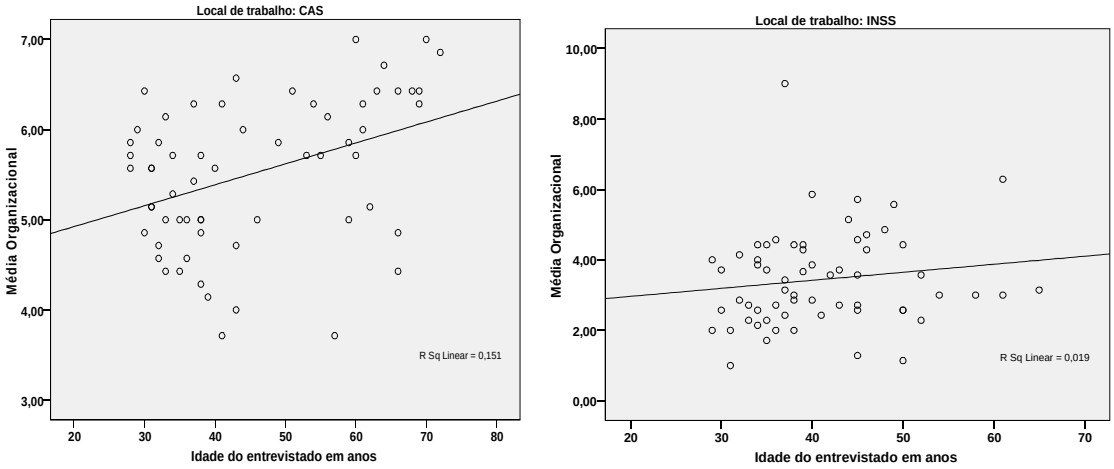

Figura 3 - Gráficos da correlação da idade do entrevistado e o grau de comprometimento organizacional dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

- Associação com o sexo

Irving (1997) constatou que os homens tendem a apresentar maiores níveis de comprometimento com a carreira e a organização do que as mulheres, fato não observado neste estudo, pois não se observou uma associação significante entre o sexo do entrevistado e a média do comprometimento com a organização e com a carreira nos dois grupos. Conforme podemos observar na Tabela 14, não há diferença significativa entre as médias dos graus de comprometimentos com a organização e a carreira, tanto no grupo dos Anestesiologistas, como no grupo dos Peritos, quando se compara os indivíduos do sexo masculino e feminino.

Tabela 14 - Comparação dos graus de comprometimento com a organização e a carreira, em relação ao sexo, dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Carreira**		**Organização**	
Sexo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Masculino	5,1	2,9	6,1	3,7
Feminino	6,0	2,8	6,6	3,3
p	0,27	0,78	0,36	0,22

Fonte: Pesquisa de campo

- Associação com estado civil

Bastos (1994) afirma que um dos maiores preditores de comprometimento com a carreira, em um trabalho realizado com enfermeiras, foi não ser casada.

Mathieu e Zajac (1990) observaram que pessoas casadas tendem a ser mais comprometidas com a organização, o que não foi confirmado por Irving e Cooper (1997) e Scheible (2004).

Neste estudo, não se observa associação entre estado civil e comprometimento com a carreira e com a organização tanto no grupo dos Anestesiologistas, quanto entre os Peritos. Não há diferença estatisticamente significante ($p< 0,05$) quando se comparam as médias do comprometimento com a organização e com a carreira nos diferentes grupos de estado civil declarados pelos respondentes nos dois grupos, conforme se pode verificar na Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação ao estado civil dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Carreira**		**Organização**	
Estado civil	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Casado	5,2	3,1	6,2	3,4
Solteiro	5,2	2,4	6,1	3,5
Divorciado	4,0	1,0	6,5	2,7
Vive Junto	5,1	2,8	6,0	3,7
Separado	4,5	2,9	3,0	2,7
Outro	-	4,1	-	4,2
p	0,67	0,62	0,47	0,87

Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com tempo de formatura

Em relação ao grau de comprometimento no foco carreira, no grupo dos Anestesiologistas há uma correlação positiva e significante (p=0,03), entretanto fraca (r=0,26) com o tempo de formatura do indivíduo. Não se observou correlação entre o tempo de formatura do indivíduo e comprometimento no foco carreira entre os Peritos (p=0,66), conforme podemos observar na Figura 4.

Não se observa correlação significante entre o tempo de formatura e o grau de comprometimento com a organização entre os Peritos (p=0,55), e uma correlação significante, positiva e fraca no grupo dos Anestesiologistas (p=0,003 e r=0,38), conforme podemos verificar nas Figuras 4 e 5.

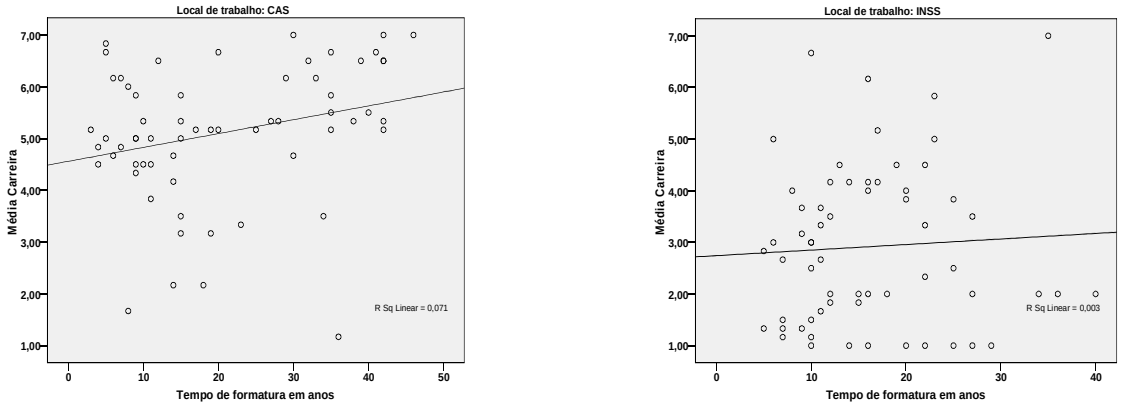

Figura 4- Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

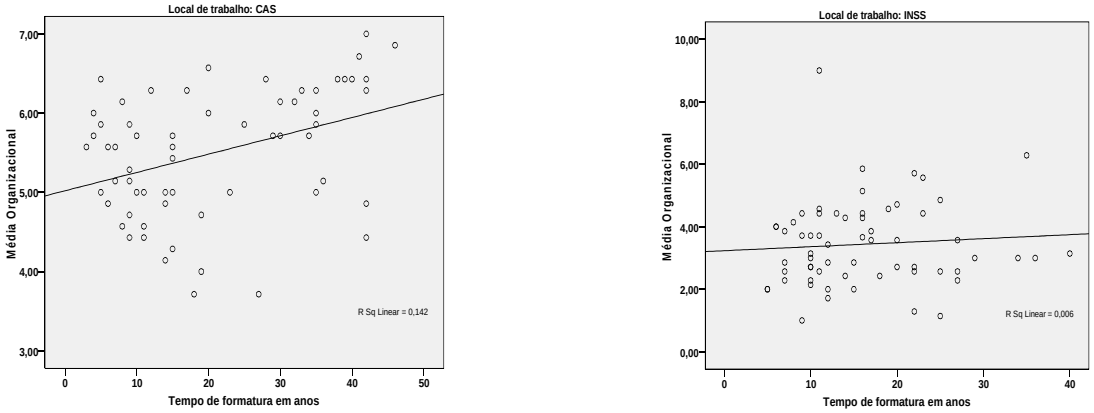

Figura 5- Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e os graus de comprometimento com a organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

6.3.2 Graus de comprometimento com a carreira e com a organização dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características profissionais

- **Associação com a presença de outros vínculos de trabalho**

Não foram encontrados trabalhos científicos que tenham pesquisado a correlação entre o grau de comprometimento com a organização e a carreira e a presença de mais de um vínculo de trabalho dos indivíduos. Tal situação não é comum no mercado de trabalho, o que provavelmente explica a escassez de trabalhos que estudem este cenário. Entretanto, esta situação é comum entre profissionais de saúde, grupo em que se insere a população deste estudo.

Empiricamente poderíamos supor que indivíduos com mais de um vínculo de trabalho tenderiam a apresentar um baixo grau de comprometimento com a organização e um alto grau de comprometimento com a carreira, pois seria a carreira, e não a organização, o foco das suas prioridades profissionais. Entretanto, não se observou, neste estudo, associação entre a presença de outros vínculos de trabalho e o grau de comprometimento com a carreira e com a organização tanto no grupo dos Anestesiologistas quanto no grupo dos Peritos. Não há diferença estatisticamente significante ($p< 0,05$) quando se comparam as médias dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira entre aqueles que possuem ou não possuem outros vínculos de trabalho, que não a CAS ou INSS, conforme se pode verificar na Tabela 16.

Tabela 16 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação à presença de outros vínculos de trabalho dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento / Outro vínculo de trabalho	Carreira		Organização	
	Anestesiologistas (CAS)	Peritos (INSS)	Anestesiologistas (CAS)	Peritos (INSS)
Sim	5,0	3,0	5,5	3,4
Não	5,4	2,7	5,5	3,4
p	0,29	0,49	0,47	0,98

Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com a renda total

Não se observa correlação significante entre a renda total declarada e o grau de comprometimento com a carreira (p=0,55) e com a organização (p=0,20) entre os Anestesiologistas.

Não se observa, também, correlação significante desta variável com o grau de comprometimento com a organização entre os Peritos (p=0,30), mas verifica-se uma correlação positiva, significante estatisticamente (p=0,037), mas fraca (r=0,27), entre a renda total e o grau de comprometimento com a carreira neste grupo, conforme podemos verificar nas Figuras 6 e 7.

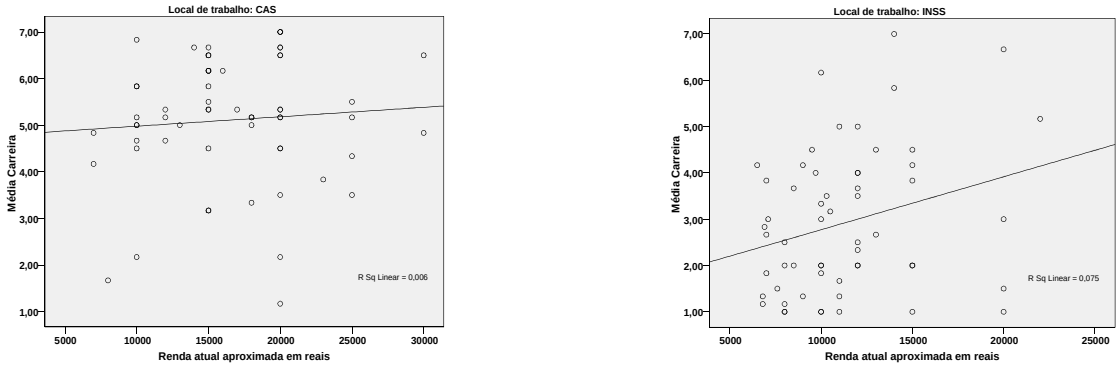

Figura 6: Gráficos da correlação entre renda total (em reais) e o grau de comprometimento com a carreira dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

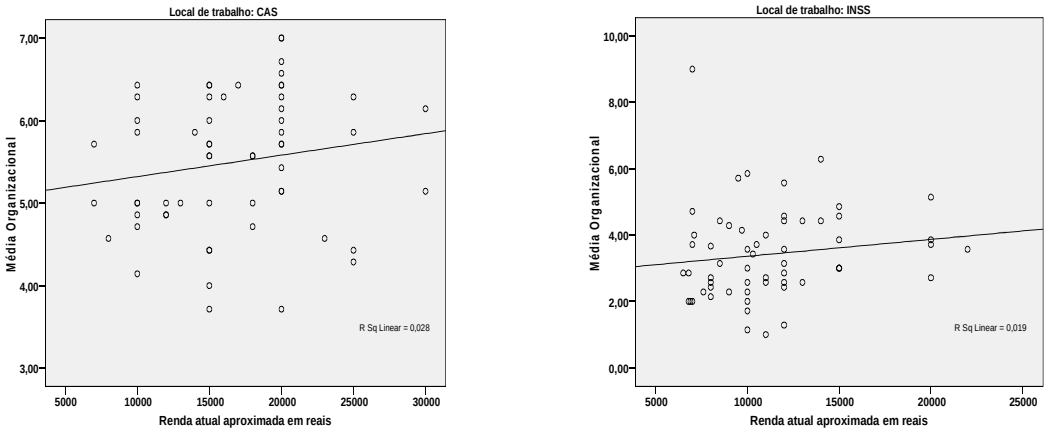

Figura 7: Gráficos da correlação entre renda total (em reais) e o grau de comprometimento com a organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com o percentual da renda oriunda da organização (CAS/INSS)

Não se observou correlação estatisticamente significante entre o percentual da renda oriunda da organização e o grau de comprometimento com a carreira (p=0,60) e a organização (p=0,30) entre os Anestesiologistas. Também entre os Peritos foi identificada a mesma situação (p=0,66 e 0,96, respectivamente).

- Associação com o tempo de trabalho na organização

Mottaz (1988) observou que níveis mais elevados de comprometimento com a organização estavam associados a maior tempo de vínculo à organização, e Bastos (1994) afirma que um dos maiores preditores de comprometimento com a carreira, em um trabalho realizado com enfermeiras, foi o tempo de exercicio da profissão.

No grupo dos Peritos não se observou correlação estatisticamente significante entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a carreira (p= 0,65) e a organização (p=0,56), entretanto, este resultado deve ser interpretado com reservas, pois o pouco tempo de vinculação à organização da maioria dos Peritos (média de 7,4 anos), onde mais de 50 % destes têm menos de 5 anos de vínculo, e menos de 20% tem mais de 10 anos de vínculo, pode indicar um viés quanto à consistência deste achado.

Os Anestesiologistas possuem um maior tempo médio de vinculação (16,3 anos) à organização (CAS) do que os Peritos ao INSS. Uma distribuição mais homogênea em relação

ao tempo de vínculo com a organização entre os Anestesiologistas faz com que o resultado obtido em relação à associação entre tempo de organização e comprometimento com a carreira e a organização seja mais consistente. Há uma correlação significante (p=0,006), e fraca (r= 0,35), mas com tendência a moderada, neste grupo, entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a carreira; e uma correlação significante (p=0,001) e moderada (r=0,41) em relação à organização, o que esta em conformidade com os trabalhos de Mottaz (1988) e Bastos (1994).

Tabela 17 – Correlação do tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a carreira e organização dos Anestesiologistas e Peritos. Salvador, 2010

Comprometimento	**Carreira**		**Organização**	
Coeficiente de correlação / Significância	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
r	0,35	0,06	0,41	0,07
p	0,006	0,65	0,001	0,56

Fonte: Pesquisa de Campo

- Associação com o grau de dificuldade para entrar na organização

Não se observa associação entre o grau de dificuldade atribuído pelo respondente, para entrar na organização e o comprometimento com a carreira e com a organização tanto no grupo dos anestesiologistas como entre os Peritos. Não há diferença estatisticamente significante (p< 0,05) quando se comparam as médias dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira entre aqueles que atribuíram ser extremamente fácil, muito fácil ou fácil entrar na organização e aqueles que acharam difícil, muito difícil ou extremamente difícil entrar na organização, conforme se pode verificar na Tabela 18.

Tabela 18 – Comparação dos graus de comprometimento com a organização e com a carreira, em relação ao grau de dificuldade percebido para ser admitido na organização dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada foco. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Carreira**		**Organização**	
Grau de dificuldade/ Grupo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Extremamente fácil/ Muito fácil/Fácil	5,1	2,3	5,8	3,4
Difícil/Muito difícil /Extremamente difícil	5,2	3,1	6,3	3,4
p	0,76	0,09	0,10	0,94

Fonte: Pesquisa de campo

6.4 GRAUS DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE BASE AFETIVA E INSTRUMENTAL DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CAS E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS

O comprometimento organizacional de base afetiva refere-se ao grau em que o profissional se sente emocionalmente identificado e envolvido pela organização, desejando dar algo de si próprio que possa contribuir para o bem-estar da organização. Para que ele ocorra há que haver uma forte crença e aceitação dos objetivos e valores da organização (BASTOS, 1994).

Segundo Silva (2005), quando não ocorre um adequado ajuste entre aquilo que a organização espera do profissional e as necessidades destes, pode ocorrer da pessoa ser explorada pela organização, ou o contrário, este procurará explorar a organização.

De acordo com a Tabela 19, observa-se que o comprometimento organizacional de base afetiva entre os **Anestesiologistas** é bastante elevado, com um **valor médio de 6,**1, o que os posiciona, segundo a referência utilizada, como **muito positivo**. Entre os **Peritos** do INSS observa-se um grau de comprometimento **moderadamente negativo**, com uma **média de 3,4**. Tal diferença é estatisticamente significante, com $p < 0,05$, conforme verificado na Tabela 19.

Tabela 19 – Média dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Base / Grupo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**p-valor**
Afetiva	**6,1**	**3,4**	**p<0,05**

Fonte: Pesquisa de campo

O baixo grau de comprometimento organizacional de base afetiva entre os Peritos pode ser explicado pela atual situação de conflito existente entre a organização e os mesmos, conforme já explicitado.

O comprometimento de base instrumental é visto como função das recompensas e custos associados à condição de integrante da organização.

Segundo Becker (1960 *apud* ZATTI, 2007), os trabalhadores que apresentam engajamento com forte foco instrumental, permanecem na organização considerando sempre os custos e benefícios associados à sua saída. Ou seja, o trabalhador permanecerá trabalhando na organização apenas enquanto perceber os benefícios desta escolha. No momento em que for detectado um déficit em relação aos retornos recebidos, sua escolha será provavelmente a saída da organização.

O grau de comprometimento organizacional de base instrumental é a única variável, deste estudo, relacionada às medidas dos graus de comprometimento, que se assemelham nos 2 grupos, pois ambos apresentam-se moderadamente positivos.

A média do grau de comprometimento de base instrumental foi de **4,1 para os Peritos**, e de **4,3 para os Anestesiologistas**, não se observando diferenças estatisticamente significantes quando se comparam os dois grupos **(Tabela 20)**.

Tabela 20 – Média dos graus de comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Base / Grupo	Anestesiologistas (CAS)	Peritos (INSS)	p-valor
Instrumental	**4,3**	**4,1**	**P=0,22**

Fonte: Pesquisa de campo

Desta forma, o forte engajamento dos Peritos ao INSS com foco instrumental, e este parece ser o principal foco de vinculação dos mesmos à organização, se não o único, nos faz supor, que assim que os mesmos detectarem um déficit em relação aos retornos recebidos, e que também percebam alternativas mais vantajosas com sua saída da organização podem deixá-la.

6.4.1 Graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características pessoais

- Correlação com a idade

Não se verificou correlação significante entre o grau de comprometimento organizacional de base instrumental e a idade entre os Anestesiologistas (p=0,52) e também entre os peritos (p=0,76), conforme pode ser verificado na Figura 8.

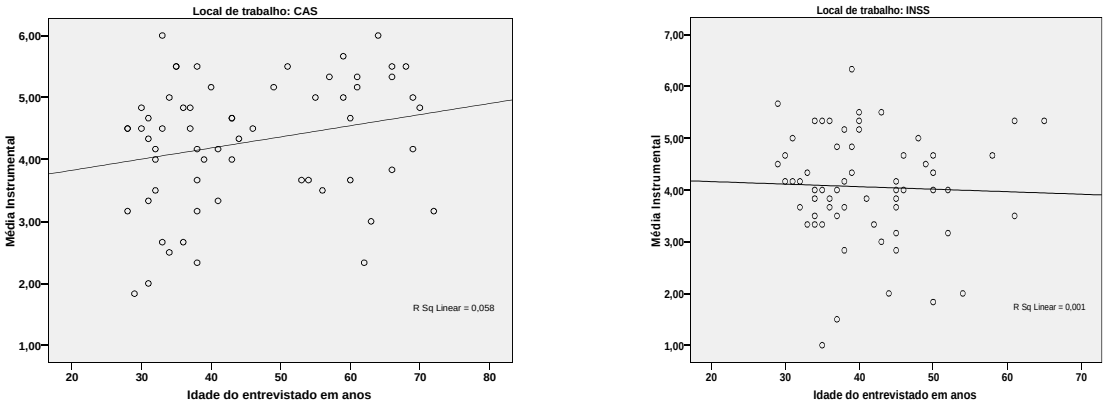

Figura 8: Gráficos da correlação entre idade e o grau de comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos.
Fonte: Pesquisa de campo

Conforme se observa na Figura 9, não há correlação entre idade e grau de comprometimento organizacional de base afetiva entre os Peritos (p=0,13). Verificou-se uma fraca correlação positiva (r=0,26) e estatisticamente significante (p=0,04) entre idade e comprometimento organizacional de base afetiva entre os Anestesiologistas.

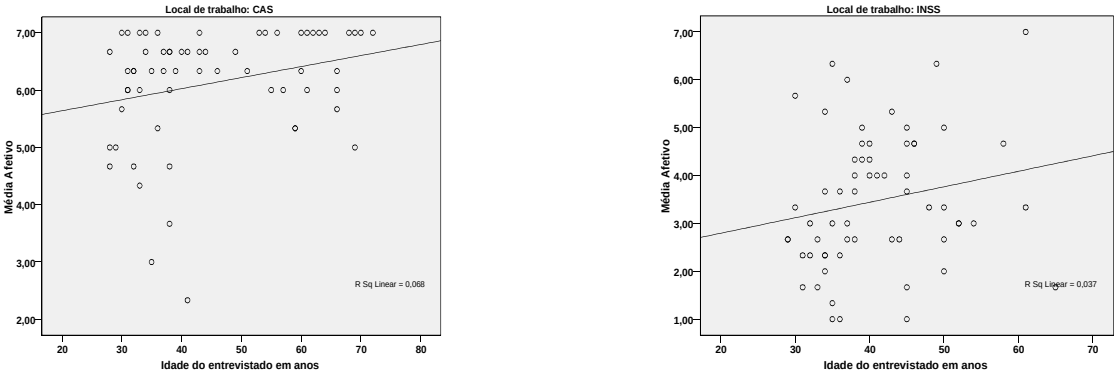

Figura 9: Gráficos da correlação entre idade e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva do grupo dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

Segundo Glisson et al (1988), grupos de indivíduos com faixa etária maior associam-se com níveis mais elevados de comprometimento de base instrumental. O mesmo autor afirma que limitações impostas pela idade, particularmente, no que se relaciona com a possibilidade de encontrar novos empregos, tem impacto significativo sobre o comprometimento organizacional, principalmente o de base instrumental, entretanto não e o que se observa nos grupos avaliados neste estudo.

- Associação com o sexo

Não se observa uma associação significante entre o sexo do entrevistado e a média dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental nos dois grupos. Conforme podemos observar na Tabela 21, não há diferença significativa entre as médias dos graus de comprometimento de base afetiva e instrumental, tanto no grupo dos Anestesiologistas, como no grupo dos Peritos, quando se compara os indivíduos do sexo masculino e feminino.

Tabela 21- Comparação dos graus de comprometimento organizacional de bases afetiva e instrumental, em relação ao sexo, dos Anestesiologistas e dos Peritos usando a média de cada base. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Afetivo**		**Instrumental**	
Sexo/ Grupo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Masculino	5,5	3,4	4,2	3,8
Feminino	5,7	3,5	4,6	4,2
p	0,60	0,74	0,53	0,15

Fonte: Pesquisa de campo

- Associação com estado civil

Não se observa associação entre estado civil eo grau de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental tanto no grupo dos Anestesiologistas, quanto no grupo de Peritos. Não há diferenças estatisticamente significantes ($p< 0,05$) quando se comparam as médias dos graus de comprometimento organizacional de base instrumental e afetiva entre os diferentes grupos de estado civil nos dois grupos, conforme se pode verificar na Tabela 22.

Tabela 22 – Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental em relação ao estado civil dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Afetivo**		**Instrumental**	
Estado civil	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Casado	5,5	3,5	4,3	3,9
Solteiro	5,6	3,1	4,3	4,3
Divorciado	5,3	2,6	3,7	3,0
Vive Junto	5,3	3,6	3,5	4,5
Separado	4,4	3,6	5,5	4,8
Outro	5,5	4,6	-	4,0
p	0,68	0,83	0,37	0,37

Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com tempo de formatura

Não se observou correlação estatisticamente significante entre o tempo de formatura e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva (p=0,23) ou instrumental (p=0,82) entre os Peritos.

Verificou-se um significante (p=0,04), mas fraco coeficiente de correlação em relação ao tempo de formatura e o comprometimento organizacional de base afetiva entre os Anestesiologistas (r=0,26).

Não se observou correlação entre o tempo de formatura e o comprometimento organizacional de base instrumental entre os Anestesiologistas (p=0,07), conforme se pode verificar nas Figuras 10 e 11.

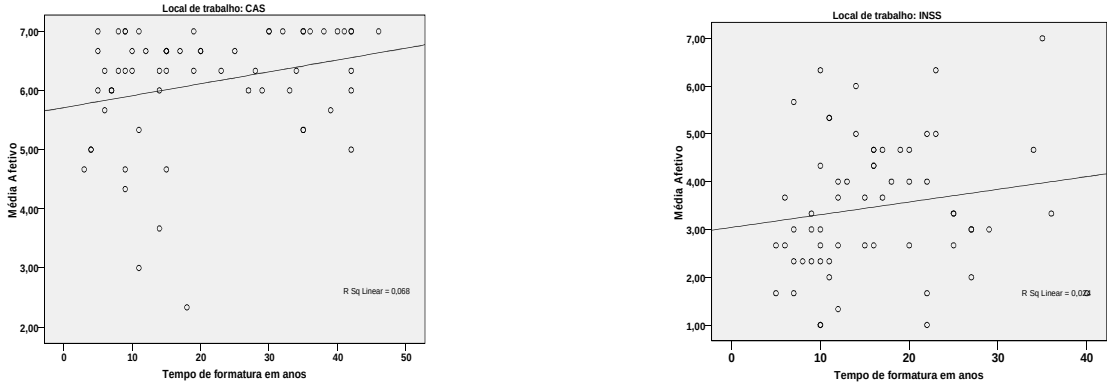

Figura 10: Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e a média do comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

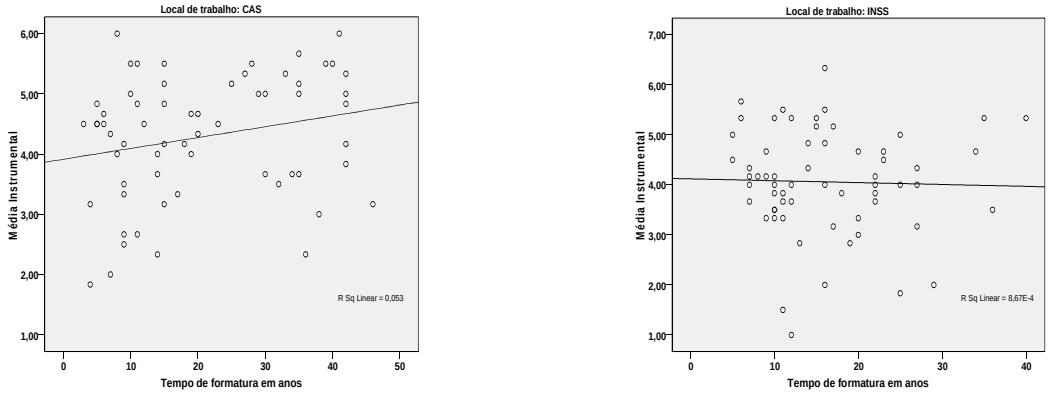

Figura 11: Gráficos da correlação entre o tempo de formatura em anos e a média do comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

6.4.2 Graus de comprometimento de base afetiva e instrumental dos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos do INSS frente às características profissionais

- Associação com a presença de outros vínculos de trabalho

Não se observou associação entre a presença de outros vínculos de trabalho e o comprometimento de base afetiva e instrumental tanto no grupo dos Anestesiologistas quanto entre os Peritos.

Não houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$) quando se comparou as médias do comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental entre aqueles que possuem ou não outros vínculos de trabalho, que não a CAS ou INSS, conforme se pode verificar na Tabela 23.

Tabela 23 - Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental em relação à presença de outros vínculos de trabalho dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Afetivo**		**Instrumental**	
Outro vínculo de trabalho/Grupo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Sim	6,1	3,3	4,3	3,9
Não	6,3	3,8	4,1	4,4
p	0,55	0,24	0,39	0,07

Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com a renda total

Não se observou correlação estatisticamente significante entre o valor da renda total e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva entre os Anestesiologistas (p=0,44) e entre os peritos (p=0,36). O mesmo se verificou em relação ao comprometimento organizacional de base instrumental entre os Anestesiologistas (p=0,51) e também entre os Peritos (p=0,08), conforme se pode verificar nas Figuras 12 e 13.

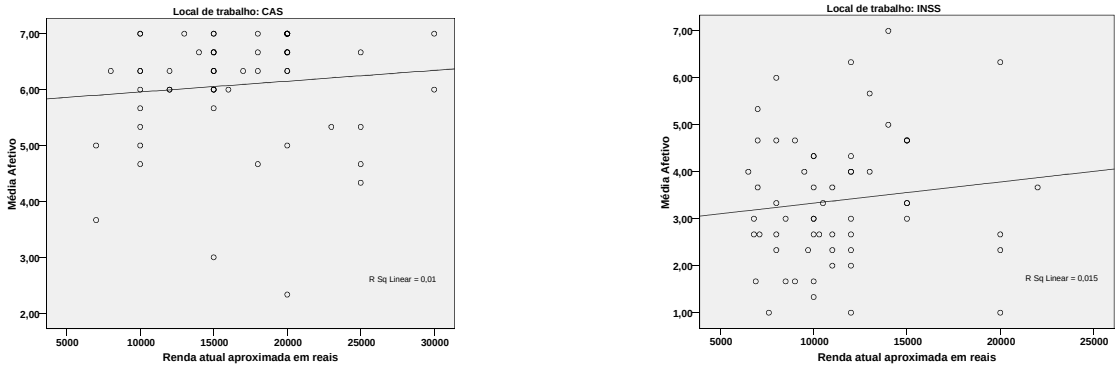

Figura 12: Gráficos da correlação entre renda total declarada (em reais) e a média do comprometimento organizacional de base afetiva dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

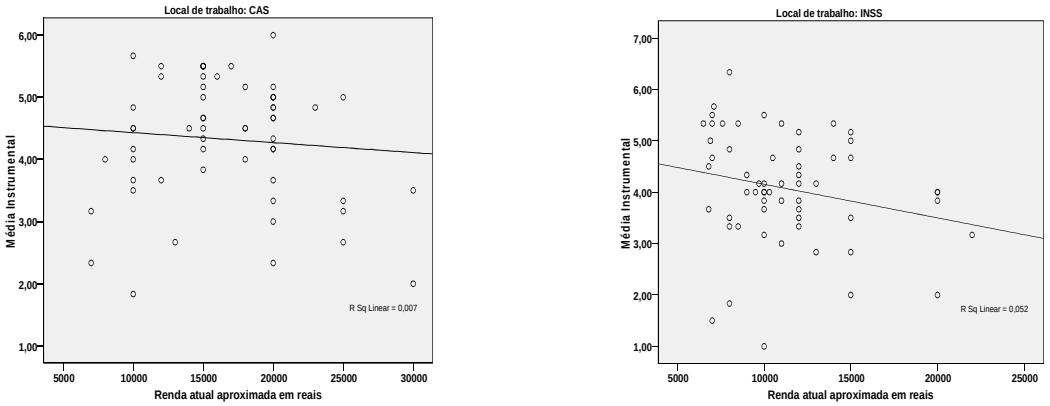

Figura 13: Gráficos da correlação entre renda total declarada (em reais) e a média do comprometimento organizacional de base instrumental dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.
Fonte: Pesquisa de campo

- Correlação com o percentual da renda oriunda da organização (CAS/INSS)

Não se observou correlação significante entre o percentual da renda oriunda da organização e grau de comprometimento organizacional de base afetiva entre os Anestesiologistas (p= 0,51) e entre os Peritos (p=0,83). Não foi encontrada, também, correlação estatisticamente significante (p=0,04) desta variável com o comprometimento organizacional de base instrumental entre os Anestesiologistas.

Foi verificada uma correlação positiva e significante (p< 0,001) entre o percentual da renda oriunda do INSS e o comprometimento organizacional de base instrumental entre os Peritos. Tal correlação foi classificada como moderada (r=0,44). Podemos, portanto, inferir que no grupo dos Peritos há uma tendência a um maior grau de comprometimento de base instrumental quando um maior percentual de sua renda total tem como origem o INSS.

Não foram encontrados trabalhos que tratassem deste tipo de correlação, entretanto tal achado pode ser explicado devido ao fato que quanto mais o indivíduo seja dependente da renda oriunda daquela organização, e as alternativas fora da mesma sejam percebidas como piores, o mesmo pode apresentar um maior grau de comprometimento relacionado às recompensas que recebe e os custos associados a deixar aquela organização. Nestes casos, conforme Naves e Coleta (2003), o indivíduo apenas nela permanecerá, enquanto perceber benefícios nesta escolha.

Segundo Scheible (2006)**,** o comprometimento organizacional de base instrumental parece ser uma antítese do comprometimento, pois os indivíduos estariam avaliando a manutenção de sua vinculação à organização considerando unicamente as vantagens e desvantagens em relação à sua permanência ou saída da mesma. Desta forma, indivíduos em que o principal foco de comprometimento organizacional é a base instrumental, associados a um baixo grau de comprometimento de base afetiva, em que não se identificam com os objetivos e valores da organização, como observado no grupo dos Peritos, podem deixar a organização assim que perceberem desvantagens nesta relação. Pode ocorrer ainda, nesta situação, segundo Silva (2005), da pessoa explorar a organização, ou ser explorada pela mesma.

- Associação com o tempo de trabalho na organização

Não se observou correlação significativa, no grupo dos Peritos, entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva (p= 0,23) e instrumental (p=0,93).

Este dado deve ser interpretado com reservas, pois o pouco tempo de vinculação à organização da maioria dos Peritos, onde mais de 50% destes têm menos de 5 anos de vínculo, e menos de 20% tem mais de 10 anos de vínculo pode comprometer a consistência deste achado.

Entre os Anestesiologistas, houve correlação significativa e positiva, mas fraca, entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento organizacional de base afetiva (p=0,04 e r=0,25) e instrumental (p=0,03 e r=0,28).

A distribuição mais homogênea em relação ao tempo de vínculo à organização, entre os Anestesiologistas, faz com que o resultado obtido em relação à associação entre tempo de organização e comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental seja mais consistente.

- Associação com o grau de dificuldade para entrar na organização

Não se observou associação entre o grau de dificuldade, atribuído pelo respondente, para entrar na organização e o comprometimento organizacional de bases afetiva e instrumental tanto no grupo dos Anestesiologistas quanto entre os Peritos. Não houve diferença estatisticamente significante (p< 0,05) quando se comparam as médias do comprometimento organizacional de bases afetiva e instrumental entre aqueles que atribuíram ser extremamente fácil, muito fácil ou fácil entrar na organização e aqueles que acharam difícil, muito difícil ou extremamente difícil entrar na organização, conforme se pode verificar na Tabela 24.

Tabela 24 – Comparação dos graus de comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, em relação ao grau de dificuldade percebido para ser admitido na organização dos Anestesiologistas e dos Peritos. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento	**Afetivo**		**Instrumental**	
Grau de dificuldade/Grupo	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**	**Anestesiologistas (CAS)**	**Peritos (INSS)**
Extremamente fácil/ Muito fácil/Fácil	5,5	2,9	4,3	3,9
Difícil/Muito difícil /Extremamente difícil	5,5	3,6	4,3	4,1
P	0,84	0,10	0,76	0,46

Fonte: Pesquisa de campo

6.5 GRAUS DE COMPROMETIMENTO COM A CARREIRA E A ORGANIZAÇÃO DOS ANESTESIOLOGISTAS DA CAS E DOS PERITOS MÉDICOS PREVIDENCIÁRIOS DO INSS FRENTE À PERCEPÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO DE REMUNERAÇÃO ADOTADO

- Anestesiologistas

No grupo dos Anestesiologistas não foram encontradas diferenças significantes entre as médias de comprometimento com a carreira e com a organização e o comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, quando se compara os grupos que acham o modelo de remuneração adotado pela organização adequado ou não.

Podemos afirmar então, que entre os Anestesiologistas, este não foi um fator que possa ter exercido qualquer influência em relação às medidas de comprometimento, pois quando se comparou as médias das medidas de comprometimento entre o grupo que achava adequado e o que não achava adequado o modelo de remuneração adotado, não foi observada diferença significante, conforme se pode observar na Tabela 25.

Tabela 25 – Comparação das médias do comprometimento no foco organização e carreira, e no comprometimento organizacional de base afetiva e instrumental, em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização entre os Anestesiologistas, usando a média de cada domínio. Salvador/BA, 2010.

Modelo de remuneração/ Comprometimento	**Carreira**	**Organização**	**Afetivo**	**Instrumental**
Adequado	5,2	5,6	6,1	4,4
Não adequado	4,7	5,1	6,1	3,8
p	0,32	0,08	1,0	0,10

Fonte: Pesquisa de campo

- Peritos

Observa-se no grupo de Peritos que achavam o modelo de remuneração da organização inadequado, um grau de comprometimento com a carreira e com a organização significantemente menor ($p < 0,05$) do que aqueles que achavam adequado.

O comprometimento organizacional de base afetiva também se mostrou menor entre aqueles que achavam o modelo de remuneração inadequado, sendo esta diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$). Tal achado demonstrou que entre aqueles que

achavam o modelo de remuneração adotado pelo INSS inadequado, apresentavam um menor grau de comprometimento organizacional de base afetiva que aqueles que achavam adequado.

Apesar do cargo de Perito Médico Previdenciário do INSS adotar o modelo de remuneração por tempo, estando os profissionais cientes disto quando da sua admissão à organização, esta parece ser uma das causas do baixo comprometimento dos mesmos. Tal fato pode estar associado à já referida perda do *status* de profissional liberal, presente no imaginário destes profissionais, quando da investidura do cargo.

Tal situação, além de ser um elemento que contribui para o baixo comprometimento destes profissionais, representa um conflito de interesses na *psique* destes indivíduos, pois ao mesmo tempo em que almejaram estabilidade e previsibilidade em relação à sua remuneração quando da busca do cargo público, se sentem insatisfeitos com o modelo de remuneração adotado pelo INSS.

Não se observou associação estatisticamente significante entre o comprometimento organizacional de base instrumental e a percepção da adequação do modelo de remuneração entre os Peritos, conforme se pode observar na Tabela 26.

Tabela 26 – Comparação das médias do comprometimento no foco organização e carreira e no organizacional nas bases afetiva e instrumental em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização entre os Peritos, usando a média de cada domínio. Salvador/BA, 2010.

Comprometimento / Modelo de remuneração	**Carreira**	**Organização**	**Afetivo**	**Instrumental**
Adequado	3,7	3,9	4,2	4,2
Não adequado	2,5	3	3,1	4
p	0,01	0,004	0,004	0,52

Fonte: Pesquisa de campo

7 CONCLUSÃO

Esta dissertação teve como objetivo geral, avaliar o grau de comprometimento dos Médicos Anestesiologistas da CAS e dos Peritos Médicos Previdenciários do INSS, nos focos, carreira e organização, e em relação à organização nas bases afetiva e instrumental, considerando-se as características pessoais, profissionais e da organização.

Este capítulo descreve os resultados mais importantes encontrados, o que permite testar as hipóteses que definiram as diretrizes desse trabalho.

Em relação às características pessoais, os dois grupos se assemelharam em relação a:

- Escolaridade - Todos os Anestesiologistas e 88,7% dos peritos possuíam título de especialista;
- Tempo de formatura - Cerca de 70% dos componentes de ambos os grupos têm mais de 10 anos de término da graduação;
- Estado civil - Predominância de indivíduos casados (73% entre os Anestesiologistas e 61,3 % entre os Peritos);
- Tempo de término da especialização - A maior parte dos indivíduos tem mais de 10 anos de término da especialização.

Os Anestesiologistas se caracterizam por ser um grupo predominantemente masculino (93,75%) e mais jovem (38 anos) que os Peritos, os Peritos, ao contrário, é um grupo composto em sua maioria por mulheres (58%) e com idade mais elevada (45 anos) que aquele.

Em relação às características profissionais, observam-se diferenças importantes entre os 2 grupos:

- Maior percentagem de Anestesiologistas com outros vínculos de trabalho do que os Peritos (72,6 e 65,6 % respectivamente);
- Maior nível de renda entre os Anestesiologistas (32,5 Salários Mínimos) que entre os Peritos (22 Salários Mínimos);
- Tempo de vinculação à organização significantemente maior entre os Anestesiologistas que entre os Peritos. Entre os Anestesiologistas, 53,2% tem mais de 10 anos e 30,6% tem mais de 20 anos de vinculação à CAS. Entre os Peritos, mais de 50 % tem menos de 5 anos de vinculação ao INSS.

A maioria dos Anestesiologistas considerou difícil (52,5%) ou muito difícil (11,5%) ingressar na organização, números bastante semelhantes àqueles encontrados entre os Peritos (60 % e 11,7% respectivamente).

Uma diferença importante entre os 2 grupos foi em relação à percepção da adequação do modelo de remuneração adotado pela organização, pois enquanto os Anestesiologistas consideraram o modelo adotado pela CAS como adequado, a grande maioria dos Peritos (83,3%) considerou o modelo adotado pelo INSS como inadequado.

O comprometimento nos focos, carreira e organização, se apresentaram estatisticamente mais elevados entre os Anestesiologistas que entre os Peritos.

No **foco carreira, os Anestesiologistas obtiveram um resultado positivo (5,1)** e os **Peritos um resultado negativo (2,9).**

No **foco organização**, se observou um **comprometimento positivo (5,5) entre os Anestesiologistas** e **moderadamente negativo (3,4) entre os Peritos**.

Conforme a literatura, características da organização, tais como estilo participativo, comunicação e comportamentos de estruturação e consideração dos líderes da organização, estão associadas a um maior grau de comprometimento.

Os Anestesiologistas da CAS estão inseridos em uma organização com regras transparentes, em que participam ativamente de sua gestão, como sócios da mesma, inclusive escolhendo de forma democrática seus gestores. O modelo e o valor da remuneração são determinados por regras pré-estabelecidas. A remuneração a ser percebida por cada sócio varia conforme a produtividade mensal do grupo, o que pode contribuir para um maior sentimento de pertencimento, e consequentemente, um maior grau de comprometimento com a organização e a carreira.

O trabalho do Anestesiologista se caracteriza por ser desafiante e pouco rotineiro, estando associado ao desenvolvimento de tarefas interdependentes que se associam a um objetivo nobre, que é o bem-estar do paciente. Essas características podem auxiliar a compreender o elevado grau de comprometimento dos mesmos com a carreira e com a organização.

O baixo grau de comprometimento com a carreira e com a organização entre os Peritos pode ser explicado pelo atual momento por que passa a relação entre estes e o INSS, entretanto, as próprias características do seu trabalho podem estar associadas a esse achado.

O Perito Médico do INSS tem como principal função confirmar o diagnóstico e o prognóstico de determinada patologia e sua capacidade, incapacidade ou redução de

capacidade, para determinada atividade laborativa. Esse parecer subsidiará, tecnicamente, uma decisão para a concessão de benefícios.

A medicina assistencial se fundamenta na confiança mútua, na empatia, na busca do diagnóstico, do tratamento e do alívio. A relação médico-periciado é muito diversa da relação médico-paciente. As características do trabalho do Perito Médico do INSS podem contribuir para o baixo comprometimento com a carreira e a organização encontrada entre os mesmos. Entretanto, não se pode confirmar, com base neste estudo, que as características do trabalho pericial contribuem para o baixo comprometimento com a carreira e a organização entre os Peritos; para se obter dados consistentes, seria necessário ampliar a amostra estudada para que se pudesse associar tal achado a todos os Peritos Médicos do INSS.

Segundo a Asssociação Nacional dos Médicos Peritos, diversas situações, tais como: redução do quadro de Peritos, o que gera excesso de trabalho, alterações em relação à carga horária de trabalho, e as frequentes agressões físicas e psicológicas sofridas por estes profissionais, em consequência das precárias condições de segurança oferecidas pela instituição, demonstram o descompromisso do INSS com os Peritos. Tal situação pode ter influenciado os resultados encontrados.

Os indivíduos são movidos por aquilo que tem valor para os mesmos. Os valores são os elementos motivadores das disposições e do empenho humano, constituindo-se na razão pela qual os indivíduos empenham suas energias. Os seres humanos se sentem exercendo uma atividade em sua plenitude e se comprometendo com a mesma, apenas se estiverem enquadrados em uma moldura de valores que digam algo em particular àquela pessoa.

O comprometimento organizacional de base afetiva refere-se ao grau em que o profissional se sente emocionalmente envolvido e identificado com os valores da organização. A percepção de justiça nas atitudes da organização, o bem estar no trabalho e uma imagem social positiva da organização aumentam o comprometimento de base afetiva.

Os resultados deste estudo demonstram que o **comprometimento organizacional de base afetiva** entre os **Anestesiologistas é muito positivo (média= 6,1)**, o que pode ser explicado devido às características da organização a que pertencem (CAS). Já entre os **Peritos do INSS**, foi detectado **um comprometimento afetivo moderadamente negativo (média= 3,4)**. Tal achado revela como atitudes e ações percebidas pelos indivíduos como não vinculadas aos seus valores e expectativas, como atualmente parece estar ocorrendo nas relações entre os Peritos e o INSS, podem exercer influência negativa no grau de comprometimento organizacional de base afetiva dos indivíduos, apesar de todos os benefícios trabalhistas garantidos pela organização.

Todo ser humano sente necessidade de se identificar com os grupos e organizações das quais faça parte, e o bom prestígio dos mesmos facilita esta identificação. A imagem social negativa que, atualmente, vem sendo atribuída ao INSS, também pode estar influenciando negativamente no comprometimento de base afetiva dos Peritos com esta organização

O comprometimento de base instrumental está associado às recompensas e custos associados à condição de integrante da organização. Os trabalhadores que apresentam engajamento com forte foco instrumental, permanecerão trabalhando na organização apenas enquanto perceberem os benefícios desta escolha.

O grau de comprometimento organizacional de base instrumental é a única variável deste estudo, relacionada às medidas dos graus de comprometimento, dado que se assemelham nos dois grupos, pois ambos apresentam-se moderadamente positivos.

A média do grau de comprometimento de base instrumental foi de 4,1 para os Peritos, e de 4,3 para os Anestesiologistas, não se observando diferenças estatisticamente significantes quando comparados os dois grupos.

Quando se analisa internamente o grupo dos Anestesiologistas, o comprometimento organizacional de base instrumental apresentou um grau de comprometimento significativamente menor que o comprometimento de base afetiva, o que demonstra que um elevado grau de identificação com os valores e objetivos da CAS é o principal elemento de vinculação dos mesmos com a organização, estando o foco instrumental em segundo plano para estes indivíduos.

Já **entre os Peritos e o INSS, o comprometimento organizacional de base instrumental parece ser o mais relevante fator de engajamento**. O baixo comprometimento de base afetiva vem reforçar esta idéia. O significativo comprometimento de base instrumental dos Peritos está relacionado aos benefícios auferidos pelo exercício do cargo, que parecem ser, no momento, os únicos elementos que geram algum grau de comprometimento significativo dos Peritos com o INSS. O comprometimento instrumental parece ser a antítese do comprometimento, e comprometimento dos Peritos com o INSS vinculado quase que exclusivamente a este fator, faz com que os mesmos permanecam vinculados ao mesmo, apenas enquanto auferirem as vantagens e benefícios a que fazem jus.

Organizações nas quais o principal elemento de engajamento dos seus membros é o componente instrumental podem enfrentar uma série de problemas relacionados à atitude, ao comportamento e ao pouco comprometimento dos profissionais com os valores e objetivos das mesmas, podendo abandoná-la assim que perceberem alternativas mais vantajosas. A saída destes profissionais em organizações que exigem um trabalho altamente qualificado,

intensivo em mão de obra e em conhecimento, com a consequente dificuldade de reposição, torna a situação ainda mais grave para a mesma.

Em relação à reposição da mão de obra dos Peritos no INSS a situação é ainda pior, pois o ingresso de novos servidores depende da realização de concurso público, e a experiência da utilização de peritos terceirizados já se revelou negativa, com graves prejuízos ao erário.

As variáveis antecedentes do comprometimento são compostas por: características pessoais, características do trabalho e características da organização.

Foram pesquisadas, neste trabalho, as relações entre os antecedentes do comprometimento relacionados às características pessoais e profissionais dos indivíduos e o grau de comprometimento nos focos e bases estudadas.

Em relação ao foco organização, não foram observadas influências importantes das características pessoais e profissionais dos indivíduos no grau de comprometimento dos dois grupos pesquisados, com exceção do tempo de vinculação à organização entre os Anestesiologistas, como descrito a seguir:

1) **Idade -** no grupo dos Anestesiologistas há uma correlação significante, positiva, entretanto fraca, e no grupo dos Peritos não se observou correlação;

2) **Sexo -** não se observou associação entre a variável sexo e o grau de comprometimento com a organização nos dois grupos;

3) **Estado civil -** não foi constatada correlação com esta variável nos dois grupos;

4) **Tempo de formatura -** não se observou correlação entre o tempo de formatura e o grau de comprometimento com a organização entre os Peritos. Entre os Anestesiologistas se verificou uma fraca correlação positiva entre as duas variáveis;

5) **Presença de outros vínculos de trabalho -** não se associou a um maior ou menor grau de comprometimento com a organização nos dois grupos;

6) **Renda total -** não foi observada correlação entre a renda total declarada e o grau de comprometimento com a organização nos dois grupos;

7) **Percentual da renda oriunda da organização (CAS/INSS) -** maiores percentuais da renda oriundos da organização (CAS/INSS), não estiveram correlacionados a maiores graus de comprometimento com a organização nos dois grupos;

8) **Tempo de trabalho na organização -** não se observou correlação entre o tempo de vinculação ao INSS e o grau de comprometimento com a organização entre os Peritos. Entretanto, este dado deve ser interpretado com cautela, como já mencionado, devido à grande concentração de indivíduos com pouco tempo de vinculação à organização neste grupo. Entre os Anestesiologistas observa-se uma correlação positiva, significante e moderada

entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a mesma, em conformidade com os achados da literatura;

9) **Grau de dificuldade para entrar na organização -** não foi observada associação entre o grau de dificuldade atribuído para entrar na organização e o comprometimento nos dois grupos.

Em relação ao **foco carreira** também não foram observadas influências importantes dos **antecedentes pessoais e profissionais** no grau de comprometimento dos dois grupos:

1) **Idade -** não se observa correlação desta variável com grau de comprometimento com a carreira entre os Peritos, e uma correlação positiva, significante, entretanto, fraca no grupo dos Anestesiologistas;

2) **Sexo -** não se observou associação entre o sexo e o grau de comprometimento com a carreira nos dois grupos;

3) **Estado civil -** não foi constatada associação com esta variável nos dois grupos;

4) **Tempo de formatura -** não se observou correlação entre o tempo de formatura e o grau de comprometimento com a carreira entre os Peritos. Entre os Anestesiologistas verificou-se haver uma fraca correlação positiva entre estas duas variáveis;

5) **Presença de outros vínculos de trabalho -** a presença de outros vínculos de trabalho não se associou a maior ou menor grau de comprometimento com a carreira nos dois grupos;

6) **Renda total -** não foi observada correlação entre a renda total declarada e o grau de comprometimento com a carreira entre os Anestesiologistas. No grupo dos Peritos foi detectada uma correlação positiva, significante do ponto de vista estatístico, mas fraca quando se quantifica esta correlação;

7) **Percentual da renda oriunda da organização (CAS/INSS) -** maiores percentuais da renda oriundos da organização (CAS/INSS), não estiveram correlacionadas a maiores graus de comprometimento com a carreira nos dois grupos;

8) **Tempo de trabalho na organização -** não se observou correlação entre o tempo de vinculação ao INSS e o grau de comprometimento com a carreira entre os Peritos. Entretanto, este achado deve ser interpretado com reservas, como já mencionado. Entre os Anestesiologistas observa-se uma correlação positiva, significante, mas fraca entre o tempo de trabalho na organização e o grau de comprometimento com a carreira;

9) **Grau de dificuldade para entrar na organização -** não foi observada associação estatisticamente significante entre o grau de dificuldade atribuído para entrar na organização e o comprometimento com a carreira nos dois grupos.

Em relação ao comprometimento organizacional de base **afetiva**, não foram observadas significativas correlações/associações entre os antecedentes **pessoais**: idade, sexo, estado civil e tempo de formatura, e os **profissionais**: presença de outros vínculos de trabalho, renda total, percentual da renda oriunda da organização, tempo de trabalho na organização e grau de dificuldade para entrar na organização.

O mesmo se observa no comprometimento organizacional de base **instrumental**, com exceção da variável percentual da renda oriunda da organização entre os Peritos, que apresentou uma correlação positiva e moderada, o que reforça mais uma vez o componente instrumental como o principal fator relacionado com o comprometimento organizacional dos Peritos com o INSS.

Tais achados demonstram que, nos grupos estudados, o comprometimento nos focos organização e carreira e organizacional de bases afetiva e instrumental, não sofrem influências importantes das características pessoais e profissionais dos indivíduos, diferentemente dos achados de diversos outros trabalhos, em que estas variáveis parecem funcionar como importantes elementos preditores do comprometimento.

Esta constatação reforça a idéia de que, dadas as especificidades dos serviços de saúde, a adoção de políticas objetivando aumentar o grau de comprometimento com a organização e com a carreira podem ser bastante eficazes, pois os resultados esperados não seriam influenciados de forma determinante pelas características pessoais e profissionais dos indivíduos, que são em sua maioria não-modificáveis ou de difícil modificação.

Para a obtenção de um elevado grau de comprometimento dos indivíduos, tudo se resumiria ao fato da direção da organização propiciar aos seus membros a satisfação de suas necessidades. As políticas de recompensas das organizações estudadas (CAS e INSS) parecem estar atendendo, razoavelmente, as expectativas dos seus membros, já que o resultado referente ao comprometimento de base instrumental das duas organizações classificou-se como moderadamente positivo.

O baixo comprometimento nos focos, carreira e organização, e organizacional nas bases afetiva e instrumental dos Peritos, pode ser modificado com políticas organizacionais que venham atender as expectativas dos seus membros, contribuindo para que a organização atinja seus objetivos e melhore o seu desempenho. O trabalho de Perito, para que seja exercido com a justiça e a independência necessárias, exige um alto grau de comprometimento com a organização e com a carreira, o que não foi observado neste estudo.

Em relação às hipóteses assumidas por este trabalho de pesquisa foram encontrados os seguintes resultados:

- **Foi confirmada a hipótese 1**: o comprometimento nos focos organização e carreira é maior entre os Anestesiologistas do que entre os Peritos.
- **Foi refutada a hipótese 2**: o comprometimento organizacional de base instrumental é semelhante entre os Peritos e os Anestesiologistas.
- **Foi refutada a hipótese 3**: não existe associação entre a percepção da adequação do modelo de remuneração e o comprometimento com a carreira e a organização entre os Peritos do INSS e os Anestesiologistas da CAS.

Diante de tais resultados, conclui-se que médicos, quando vinculados a organizações com diferentes características, podem apresentar diferentes graus de comprometimento com a organização e com a carreira.

Estes resultados reforçam os achados da literatura, de que organizações que dão suporte para que os indivíduos se realizem profissionalmente, compatibilizando seus objetivos com os interesses pessoais e profissionais relacionados ao desenvolvimento das carreiras de seus membros, alcançam maior grau de comprometimento com a organização.

As mudanças associadas aos avanços tecnológicos, ao empresariamento do setor saúde e às consequentes mudanças na organização dos modelos da prática médica levaram os médicos a encararem a sua profissão e a sua carreira em uma perspectiva diferente daquela anterior, em que seu trabalho era caracterizado por ser artesanal, liberal e desenvolvido em consultórios individuais.

O trabalho médico passou a ser desenvolvido essencialmente em organizações. Desta forma, a prática médica passou a ser regulada, sendo influenciada de forma determinante pelas características destas organizações. Estas mudanças levaram a uma reconfiguração da organização da produção do trabalho médico.

Apesar de a prática médica estar se desenvolvendo eminentemente dentro destas organizações, nas quais ocorre intensa regulação da mesma, impondo-lhe limites e regras, os médicos ainda mantêm a cultura do profissional liberal, se comportando como se possuíssem plena autonomia em relação ao seu labor. Tal ideologia, ainda presente durante sua formação acadêmica e incentivada pela sociedade, tem provocado importantes distorções entre as expectativas dos médicos que ingressam no mercado de trabalho e as estratégias utilizadas pelas organizações para gerenciar a mão de obra dos médicos.

Tal cenário tem motivado importantes mudanças no comportamento dos médicos e na forma como os mesmos percebem a sua profissão e a sua carreira. O estudo destas mudanças

é importante para que se compreendam quais os elementos que influenciam negativamente a qualidade do seu trabalho.

Diferentemente de outros trabalhadores, em que o talento pessoal é relativizado, a qualidade do trabalho médico está diretamente associada à qualidade da figura e do desempenho pessoal do médico, portanto, para que este trabalho seja realizado adequadamente, tornam-se necessários profissionais motivados e comprometidos com a sua carreira e também com a organização à qual estão vinculados.

A variável monetária não é a única determinante da motivação e do comprometimento profissional dos indivíduos. Outros elementos podem motivá-los, tais como prestígio, auto-estima, poder, auto-realização, status e reconhecimento. Além disso, fatores relativos à organização, tais como, natureza do trabalho, ambiente físico e psicológico, carga horária e condições de trabalho também influenciam o desempenho profissional dos médicos.

Por outro lado, a instabilidade e a precarização dos contratos de trabalho associados a uma jornada de trabalho extensa, também podem contribuir para que os médicos passem a exercer suas atividades sem o devido comprometimento com a organização, de forma eficaz, eficiente, efetiva e com qualidade.

Os escassos estudos a respeito do comportamento organizacional e seus reflexos sobre o comprometimento de um profissional tão singular quanto o médico representa uma lacuna existente nas pesquisas sobre a temática. Assim, os resultados deste trabalho se constituem em uma contribuição para ampliar o conhecimento sobre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho médico, seu grau de comprometimento e o papel das organizações.

Algumas questoes suscitadas por este estudo são sugeridas para aprofundamento em novas pesquisas:

- Quais as características do trabalho e da organização que estariam associadas a um maior grau de comprometimento com a organização e com a carreira entre os médicos.
- Como os diferentes modelos de remuneração poderiam influenciar o comportamento dos médicos, e mais especificamente elevar o grau de comprometimento com a carreira e a organização?
- Peritos médicos com elevados graus de comprometimento com a organização poderiam atuar com menos isenção e independência em relação ao seu trabalho?
- A pouca influencia dos antecedentes pessoais e profissionais sobre o grau de comprometimento com a organizacao e a carreira encontrada nos grupos estudados seria uma caracteristica inerente aos profissionais medicos?

A partir dos resultados deste estudo, novas pesquisas a respeito do comportamento organizacional e do comprometimento dos médicos podem contribuir na busca de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, efetivo, humanizado e de qualidade, e que satisfaça as expectativas dos usuários, dos prestadores, dos financiadores e inclusive dos formuladores de políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGNEW, C.; MARTZ J.M.; RUSBULT, C. E. The investment model scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. **Journal of Personal Relationships** , v. 5: 357-391, 1998.

ALMEIDA. E. H. **Terceirização é prejuízo**. Brasília. Net, 2005. Disponível em: www.perito.med.br/terceirizaçãoprejuizo.htm. Acesso em 10 de out. de 2010.

ANDERSON, G. F.; FROGNER, B. K. Health Spending in OECD countries: obtaining value per Dollar. **Health Affairs**, v.27, num. 6, p.1718-1727, 2008.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

ARNOLD, J.; DAVEY, K. M. Graduates' work experiences as predictors of organizational commitment, intention to leave, and turnover: Which experiences really matter? **International Review of Applied Psychology**, Num. 48 p. 211-238, 1999

ARRIAGA, X. B. ;AGNEW, C. R. Being committed: Affective cognitive and conative components of relationship commitment. **Society for Personality and Social Psychology**, v 27, n 9, 2001.

BAHIA, Conselho Regional de Medicina. **Resolução n.º 288/07.** Dispõe sobre perícias médicas e dá outras providências. Diário oficial do Estado da Bahia, Salvador: 07 de Março de 2008.

BAILY, A. ; MAILLAT, D. **Service activities and regional metropolitan: a comparative study.** New York: Routledge, 1991.

BANDEIRA, M. L.; MARQUES, A. L.; VEIGA, R. T. As dimensões múltiplas de comprometimento organizacional: Um estudo na ECT/MG. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 4, num. 2, p. 133-157, 2000.

BASTOS, A.V.B. **Comprometimento no trabalho:** A estrutura dos vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato. Brasília, 1994, 313 p., Tese de Doutorado - Universidade de Brasília.

BASTOS, A. V.; BRANDÃO, M.G.A.; PINHO, A.P.M. Comprometimento Organizacional: uma análise do Conceito expresso por servidores universitários no conceito do trabalho. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.1, n.2, p.97-120, mai/ago.1997.

BASTOS, A. V. B. A Escolha e o Comprometimento com a Carreira: Um estudo entre profissionais e estudantes de administração. **Revista de Administração Pública**, São Paulo v 32, n.3, p. 28-39, Julho/Setembro 1997.

BASTOS, A.V.B.; Costa, V.F.M. **Múltiplos comprometimentos no trabalho:** Articulando diferentes estratégias de pesquisa. 2000, Florianópolis-SC. In: Anais do encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração- ANPAD. CD-ROM.

BATEMAN, T. S.; STRASSER, S. A longitudinal analysis of the antecedents of organizational commitment. **Academy of Management Journal**, v. 27, num. 1, p. 95-112, 1984.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BISHOP, J. W.; SCOTT, K. D. An examination of organizational and team commitment in a self-directed team environment. **Journal of Applied Psychology**, v. 85 , 2000.

BLAU, G. The Measurement and prediction of career commitment. **Journal of Occupational Psychology**, num. 58 p. 277-288, 1985

BLAU, G. On assessing the construct validity of two multidimensional constructs: Occupational Commitment and Occupational Entrenchment. **Human Resource Management Review**, v.11,p.279-298, 2001.

BRAGA NETO, F.C. et al. Em busca de novos modelos gerenciais: Os grupos diagnósticos homogêneos e a gerência hospitalar. **Rev. de Adm. Pública.** V. 24, num. 4, p. 87-94, ago/out 1990.

BRAGA NETO, F. C. **Examinando alternativas para a administração dos hospitais:** Os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção**.** Rio de Janeiro, 1991.149 p. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro.

BRASIL, **Código de Processo Civil**, Lei no 5.869. Diário Oficial da União, Brasília: 11 de Janeiro de 1973.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Consolidação dos atos normativos sobre serviços previdenciários**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 1996.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.º 1.488/98.** Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. Diário oficial da União, Brasília: 06 de Março de 1998.

BRASIL, IBGE. **Pesquisa anual de serviços**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercioeservico/pas. Acesso em: 23 de Maio de 2010.

BRASIL, Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Brasília. **Net**, Ministério da Previdência Social, 1993. Disponível em http://www.sindmedicos.org.br/juridico. Acesso em 23 de Maio de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil** - Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em 23 de Maio de 2010.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação anual de informações sociais – RAIS-2008**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/rais/2008/arquivos/Sintese_Brasil.pdf. Acesso em: 23 de Maio de 2010.

BROW R. B. Organizational Commitment: Clarifying the concept and simplifying the existing construct typology. **Journal of Vocational Behavior**, v 49, 1996.

CARSON. K.; BEDEIAN, A. Career Commitment: Construction of a Measure and Examination of its Psychometric Properties. **Journal of Vocational Behavior**, v.44, p.237-262, 1994.

CARNEIRO M.B.; GOUVEIA V.V. **O médico e o seu trabalho**: Aspectos Metodológicos e Resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 234p. 2004.

CARSON, K.; CARSON, P.; BEDEIAN, A. Development and construct validation of a career entrenchment measure. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v.68, p.301-320, 1995.

CARVALHO, R.; MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos no Brasil**. 1994. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 202 p.

CARVALHO, B.C.T. **Terceirização e comprometimento no trabalho**: Um estudo de caso na Coelba. Salvador, 2000, 202p. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração-UFBA.

CASTELLS, M. **A sociedade da Informação**. 2. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Perfil dos Médicos no Brasil**. Brasília: CFM, 28 p. 1996.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo**. São Paulo: CREMESP, 202 p. 2002.

CORDEIRO, H. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 184 p., 1991

COSTA, V.M.F. **As influências de um programa de participação nos resultados no comprometimento organizacional:** o caso de uma empresa gaúcha do ramo moveleiro. Florianópolis, 2000 Dissertação de Mestrado. Escola de Administração- UFSC.

COSTA, V.F.M. **Múltiplos comprometimentos no trabalho:** identificando padrões e explorando antecedentes entre trabalhadores de organizações agrícolas. Salvador, 2005. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração-UFBA.

COSTA, V.M.F. A**s bases afetivas e instrumentais do comprometimento organizacional:** confrontando suas diferenças entre empresas e trabalhadores da agricultura irrigada do pólo Juazeiro/Petrolina. Salvador, 2007, 270 p. Tese de doutorado. Escola de administração- UFBA

CULPEPPER, R.A. A test of revisited scales for Meyer and Allen (1991) three-component commitment construct. **Educational and Psychological Measurement**, v. 60, num.4, p 604-616.2000.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W**. Comportamento humano no trabalho. São Paulo:** Pioneira, 1998.

DONABEDIAN, A**. Los espacios de la salud** : Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México D.F: Fondo de Cultura Económica, p.772, 1988.

DONNANGELO, M.C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DREJER, I. Identifying Innovation in Surveys of Services: a Schumpeterian perspective. **Research Policy**, v. 33, p. 551-562, 2004.

ETZIONI, A. **Organizações modernas**. 7 ed. São Paulo: Pioneira, 1984, 159p.

FARIA, T.W. **Dilemas e consensos:** A seguridade social brasileira na assembléia nacional constituinte de 1987/1988- um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, 1997, 165 p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social- UERJ.

FGV. **Escassez de Médicos**. Disponível em: http://www3.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm. Acesso em 28 de Junho de 2010.

FUKAMI, C. V.; LARSON, E. N. Commitment to company and union: Parallel models. **Journal of Applied Psychology**, v. 69, num. 3, p. 367-371, 1984.

GADELHA, P. E. **Assistência médica no Rio de Janeiro (1920-1937):** Reformas institucionais e transformações da prática médica. 1982. xxx p Dissertação de Mestrado - Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

GEIGER, W. J.; KROL, R. A. Physician atitudes and behavior in response to changes in Medicare reimbursement polices. **The Journal Family Practices**, num. 33, p.244-248, 1991

GLISSON, C.; DURICK, M. Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human services organizations. **Administrative Quarterly**, num 33, p.61-81,1988

GOTTLIEB, M. R. e CONKLING, L. **Managing the workplace survivors:** Organizational downsizing and the commitment gap.Westport: Quorum Books, 1995

HAIR, J. F et al. **Multivariate Data Analysis**. 5. ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1998

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores:** A teoria e as técnicas da liderança situacional. São Paulo: EPV,1986

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. **The motivation to work**. New York: Wiley, 1959

HILL, P. On goods and services. **Rev. Income and Wealth**, v. 4, p. 315-338, 1977.

HOSSNE, W. E. **Vale a pena ser médico?** São Paulo: Moderna, 1986.

IRVING, P. ;COLEMAN , D.; COOPER, C. Further assessments of a three-component model of occupational commintement: Generalizabity and differences across occupations. **Journal of Applied Psychology**. v.82, num.3, p.444-452, 1997

JEANETTE, N.; SHORE, Lynn M. Self- and supervisory perspectives on age and work attitudes and performance. **Journal of Applied Psychology**. Vol 77(4) p.469-484(4), Aug 1992.

KON, A. **Economia de serviços**: Teoria e Evolução no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2004. 269 p.

LEE, K., CARSWELL, J. J.; ALLEN, N. J. A meta-analytic review of occupational commitment: Relations with person- and work-related variables. **Journal of Applied Psychology**, v. 85 , 2000.

LEE, P.R. ; GRUMBACH, K.; JAMESON, W.J. Physician payment in the 1990s: Factors that will shape the future. **Annual Review of Public Health** v.1, p.297-318, 1990

LIMA, Suzana M. V. **Mudança organizacional.** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

MARCONI, N. A evolução do perfil da força de trabalho e das remunerações nos setores público e privado ao longo da década de 1990. **Revista do Serviço Público**, Ano 54. n. 1. Jan./Mar 2003.

MARSHALL, J. N.; WOOD, P.A. **Services and Space:** Key Aspects of Urban and Regional Development. London: Lougman, 1995

MATHIEU, J.E. ; ZAJAC, M.D. A review and meta-analysis of the antececedents, correlacts and consequences of organizational commitment. **Psychological Bulletin**, v.108, num.2, p 171-194,1990

MCGEE, G. W.; FORD, R. C. Two (or more?) dimensions of organizational commitment: reexamination of the affective and continuance commitment scales. **Journal of Applied Psychology**, v. 72, num. 4, 1987.

MCGREGOR, D. **O lado humano da empresa**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1992

MEDEIROS, C.A.F.; ENDERS, W.T. **Validação do modelo de conceitualização de três componentes do comprometimento organizacional de Meyer e Allen**: um estudo dos padrões de comprometimento organizacional e suas relações com a performance no trabalho. 1997, Rio das Pedras-RJ. *In: XX Anais do* encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração- ANPAD. CD-ROM.

MEDEIROS, C.F.M. et al. **Comprometimento organizacional**: o estado da arte da pesquisa no Brasil, 2002, Salvador-BA. In: Anais do XXVI encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração- ANPAD. CD-ROM.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. Testing “side-bet theory” of organizational commitment: some methodological considerations. **Journal of Applied Psychology**, v. 69, num. 3,1984

MEYER, J. P. ; ALLEN, N. J. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. **Journal of Occupational Phycology**, n.63, 1990.

MEYER, J. P.;ALLEN, N. J.;SMITH, C. A. Commitment to organizations and occupations : Extension and test of a three-component conceptualization. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 4, p. 538-551,1993

MEYER, J.P. ; HERSCOVITCH, L. commitment in the work place toward a general model. **Human Resource Management Review**, v.11, num. 3, p. 2001

MINER, A. S.; ROBINSON, D. F. Organizational and population level learning as engines for career transitions. **Journal of Organizational Behavior,** Vol 15:4, p. 345-364, 1994

MORROW, P. C. **The theory and measurement of work commitment**. Greenwich: JAI Press, 1993.

MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração***:* Uma Introdução. São Paulo: Livraria Pioneira, 1994.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: Manual. Rio de Janeiro: FGV, p. 29-32, 2001

MOTTAZ, C. J. Determinants of organizational commitment. **Human Relations.** Vol 41 p.467-482, Jun 1988

MOWDAY, R.T.; PORTER, L.W. ; STEERS, R.M. The measurement of organizational commitment. **Journal of Vocational Behavior**, v14 num.2 ,1979

MOWDAY, R. T. Reflections on the study and relevance of organizational commitment. **Human Resource Management Review**, Volume 8, Issue 4, Pages 387-401, 1998

NAVES, Èvora M. R.; COLETA, Marília F. D. Cultura e comprometimento Organizacional em Empresas Hoteleiras. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição especial, p.205-222, 2003.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 155 p., 1994

O'DRISCOLL, M. P.; RANDALL, D. M. Perceived organizational support, satisfaction with rewards, and employee job involvement and organizational commitment. **Applied Psychology: An International Review**, v. 48, num. 2, p. 197-209, 1999.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social - 60 Anos de história da previdência**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT, **La remuneracion por rendimento**. Genebra: OIT, 187 p.1985

PAIM, J. S.; ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro-RJ: MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71

PERKINS-REED, M. A. **Guia para a satisfação no trabalho**: Um manual da nova era para o sucesso pessoal e profissional. São Paulo: Best Seller, 1990

PILATI, R. O comprometimento do trabalhador e a mudança organizacional. In:

POSSAS, C. **Saúde e trabalho:** A crise da previdência social. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 324 p. 1989

REGO, A. Comprometimento afetivo dos membros organizacionais: O papel das percepções de justiça. **Revista de Administração Contemporânea**, v.6, num. 2, p. 209-241, 2002.

REHEM, R. R. S. **Construindo o SUS:** A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro, 2002, 102 p. Dissertação de Mestrado. UERJ, Instituto de Medicina Social- UERJ

RIDDLE, D.I. **Service-Led Growth:** The role of the service sector in world Development. Nova York: Praeger Publishers, 1986, 289 p.

SANTACRUZ, R. **Teorias e fundamentos da regulação pública dos mercados**. In: LIMA, C.R.M. Informação e regulação da assistência suplementar à saúde. Rio de Janeiro: e-papers, p. 35-40, 2005.

SCORZAFAVE, L.G.; Menezes Filho, N. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro: evolução e determinantes. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 31, num. 3, p. 441-47, 2001

SCORZAFAVE, L.G.; Menezes Filho, N. Caracterização da participação feminina no mercado de trabalho: Uma análise. **Econ. Apl.** vol.10 num.1 Ribeirão Preto Jan./Mar., 2006

SILVA, A.R. **Trabalho médico:** Comprometimento e qualificação. 1998, 106 p Dissertação de Mestrado - Faculdade de Educação/ UFBA, Salvador

SILVA, V. C. C. S. **Comprometimento dos empregados de empresas terceirizadas.** Florianópolis, 2005, 85p. Dissertação de Mestrado. Centro tecnológico- UFSC.

SJOBERG, A. ; SVERKE, M. The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention. **Scandinavian Journal of Psychology**, n. 41, 2000.

TAMAYO, A. Valores organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania e comprometimento afetivo. **Revista de Administração USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 56-63, jul.-set. 1998

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, num. 3, p. 127-147, set.-dez. 2001

TAMAYO, A. S. V et al. Prioridades axiológicas e comprometimento organizacional. **Psicologia:** Teoria e pesquisa, v.17, n.1, p27-35, 2001

TAMAYO, A.. Valores organizacionais e comprometimento afetivo. **Revista de Administração Mackenzie**, Ano 6, num.3, p. 192-213, 2005

TEIXEIRA FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. VILASBÔAS, A. L. **Modelos assistenciais e vigilância da saúde:** Texto elaborado para a oficina de vigilância em saúde do IV congresso brasileiro de epidemiologia. Abr/Jun- 1998.

VIEIRA, V. A.; APPIO, J.; SLONGO, L. A. Uma análise dos antecedentes da satisfação no trabalho em uma empresa madeireira. **Revista de Gestão USP**, vol. 14, num. 3, pp. 1-18, 2007

WALLACE, J. E. Professional and organizational commitment: compatible or incompatible? **Journal of Vocational Behavior**, v.42, p.333-349, 1993.

WALKER, R. **Is there a service economy?.** In: Trevor, J. B. et Al: Economic Geography, p.97-110, 2004

WIENER, Y. ; VARDI, Y. Relationships between job, organization, and career commitments and work outcomes-an integrative approach. **Organizational Behavior and Human Performance**, num. 26, p. 81-96, 1980

ZATTI, M. L. R. **Vínculos empregatícios e comprometimento da enfermeira no trabalho hospitalar**. Salvador, 2007, 200 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem -UFBA

ANEXO A-Instrumento de Pesquisa

Prezado colega, este questionário tem por objetivo coletar dados referentes à dissertação de Mestrado: Modelos de Remuneração do Trabalho Médico e Grau de Comprometimento com o Trabalho. Você não deve identificá-lo com seu nome, devendo ao término do preenchimento, colocá-lo no envelope que o contém e lacrá-lo. Todas as respostas são sigilosas e serão utilizadas exclusivamente com o objetivo de obter dados para o referido trabalho.

MUITO OBRIGADO!

SEXO	ESTADO CIVIL	QUAL SUA IDADE	
1. Masculino 2. Feminino	1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Divorciado 5. Vive junto 6. Separado 7. Outro		

ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMATURA	POSSUI ESPECIALIDADE	TERMINOU A ESPECIALIDADE HÁ :
1. Só Gradução 2. Especialização 3. Mestrado 4. Doutorado 5. Pós-doutorado	_____ANOS	1. Sim 2. Não	_____ANOS

RENDA ATUAL (APROXIMADA)	OUTRO VÍNCULO DE TRABALHO	QUAL PERCENTUAL APROXIMADO ESTE VINCULO REPRESENTA EM SUA RENDA TOTAL
_____REAIS	1. Sim 2. Não	_____%
TRABALHO NO INSS A:	Em que medida você achou fácil ou difícil entrar no INSS	Você acha que o modelo de remuneração do INSS é o mais adequado para o tipo de trabalho que exerce?
	1. Extremamente fácil 2. Muito Fácil 3. Fácil 4. Difícil 5. Muito difícil 6. Extremamente difícil	1. Sim 2. Não
_____ANOS		

RENDA ATUAL (APROXIMADA)	OUTRO VÍNCULO DE TRABALHO	QUAL PERCENTUAL APROXIMADO ESTE VINCULO REPRESENTA EM SUA RENDA TOTAL
_____REAIS	1. Sim 2. Não	_____%
TRABALHO NA CAS HÁ:	Em que medida você achou fácil ou difícil entrar na CAS	Você acha que o modelo de remuneração da CAS é o mais adequado para o tipo de trabalho que exerce?
	1. Extremamente fácil 2. Muito Fácil 3. Fácil 4. Difícil 5. Muito difícil 6. Extremamente difícil	1. Sim 2. Não
_____ANOS		

A seguir você encontrará uma série de sentenças que procuram descrever o significado de vários aspectos do seu mundo de trabalho.
Registre no espaço, o número que corresponde à sua posição frente ao ítem, utilizando a seguinte escala:

1-Discordo plenamente		5- Concordo levemente
2-Discordo muito	4-Não concordo nem discordo	6-Concordo muito
3-Discordo Levemente		7-Concordo plenamente

	RESPOSTA
1-Conversando com amigos, eu sempre me refiro em relação ao meu trabalho como um excelente tipo de trabalho	
2-Quando falam mal do INSS eu me sinto ofendido pessoalmente	
3-Eu acredito que os valores preconizados para quem atua como perito do INSS são os mesmos meus	
4-Eu escolhi me vincular ao INSS, pois o retorno financeiro ainda é melhor que em outras áreas médicas	
5-A única coisa negativa que me aconteceria se eu deixasse meu trabalho no INSSagora, seria a perda da remuneração	
6-Desejo ser perito do INSS pelo resto de minha vida	
7-Se eu pudesse escolher um trabalho diferente do meu (Perito do INSS), que pagasse o mesmo, eu provavelmente o escolheria	
8-Para mim, ser perito do INSS é a melhor profissão que eu poderia escolher	
9-Eu me sinto estimulado a trabalhar como perito do INSS	
10-Na situação atual, me manter no INSS é na realidade mais uma necessidade que um desejo	
11-Eu sinto os problemas do INSS como meus	
12-Acredito que o INSS me traz grandes chances de progredir profissionalmente	
13-Eu ficaria satisfeito em passar o resto da minha carreira como Perito do INSS	

14-Mesmo que eu quisesse seria muito difícil para mim deixar o INSS agora	
15-Eu acho que não acharia coisa melhor para trabalhar se eu me desvinculasse do INSS agora	
16-Mesmo que eu ganhasse todo o dinheiro que ganho atualmente, sem ser necessário trabalhar, eu ainda continuaria a ser Perito do INSS	
17-Eu me sinto emocionalmente vinculado ao INSS	
18-Se eu deixasse o INSS agora, minha vida ficaria bastante desestruturada	
19-Para mim, ser perito do INSS é a melhor carreira que eu poderia escolher	
20-Sinto que perdi boas oportunidades de trabalho me vinculando ao INSS	
21-Eu me sinto como uma pessoa de casa no INSS	

A seguir você encontrará uma série de sentenças que procuram descrever o significado de vários aspectos do seu mundo de trabalho.
Registre no espaço, o número que corresponde à sua posição frente ao ítem, utilizando a seguinte escala:

1-Discordo plenamente		5- Concordo levemente
2-Discordo muito	4-Não concordo nem discordo	6-Concordo muito
3-Discordo Levemente		7-Concordo plenamente

	RESPOSTA
1-Conversando com amigos, eu sempre me refiro em relação ao meu trabalho como um excelente tipo de trabalho	
2-Quando falam mal da CAS eu me sinto ofendido pessoalmente	
3-Eu acredito que os valores preconizados para quem atua como Anestesiologista da CAS são os mesmos meus	
4-Eu escolhi me vincular à CAS, pois o retorno financeiro ainda é melhor que em outras áreas médicas	
5-A única coisa negativa que me aconteceria se eu deixasse meu trabalho na CAS agora, seria a perda da remuneração	
6-Desejo ser perito da CAS pelo resto de minha vida	
7-Se eu pudesse escolher um trabalho diferente do meu (Anestesiologista da CAS), que pagasse o mesmo, eu provavelmente o escolheria	
8-Para mim, ser Anestesiologista da CAS é a melhor profissão que eu poderia escolher	
9-Eu me sinto estimulado a trabalhar como Anestesiologista da CAS	
10-Na situação atual, me manter na CAS é na realidade mais uma necessidade que um desejo	
11-Eu sinto os problemas da CAS como meus	
12-Acredito que a CAS me traz grandes chances de progredir profissionalmente	

13-Eu ficaria satisfeito em passar o resto da minha carreira como Anestesiologista da CAS	
14-Mesmo que eu quisesse seria muito difícil para mim deixar a CAS agora	
15-Eu acho que não acharia coisa melhor para trabalhar se eu me desvinculasse da CAS agora	
16-Mesmo que eu ganhasse todo o dinheiro que ganho atualmente, sem ser necessário trabalhar, eu ainda continuaria a ser Anestesiologista da CAS	
17-Eu me sinto emocionalmente vinculado à CAS	
18-Se eu deixasse a CAS agora, minha vida ficaria bastante desestruturada	
19-Para mim, ser Anestesiologista da CAS é a melhor carreira que eu poderia escolher	
20-Sinto que perdi boas oportunidades de trabalho me vinculando à CAS	
21-Eu me sinto como uma pessoa de casa na CAS	

Em relação à pergunta: "Você acha que o modelo de remuneração do INSS é o mais adequado para o tipo de trabalho que exerce?", atente para as definições abaixo.

Remuneração é a retribuição recebida por um indivíduo em decorrência de um serviço prestado.

Sistema de remuneração pode ser compreendido como o método a ser adotado por determinada organização para retribuir ou compensar o trabalho das pessoas.

A organização Internacional do Trabalho reconhece dois principais sistemas de remuneração:

- Sistema de Remuneração por Resultado
- Sistema de Remuneração por Tempo

No sistema de remuneração por resultado a remuneração é determinada ao término da tarefa e depende do volume de serviços produzidos, como por exemplo, o ultra-sonografista, que será remunerado de acordo com o número de exames que realiza em um determinado período.

No Sistema de Remuneração por Tempo, o valor pago é fixo para uma determinada carga horária, e independe do volume de atendimentos realizados naquele período.

No seu caso, Perito do INSS, considere como sendo o modelo adotado o sistema por tempo.