



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
CURSO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARIA MORGANA SOUZA GOMES

**GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: FATORES MOTIVADORES E
DESMOTIVADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PENTECOSTE –
CE**

**FORTALEZA
2019**

MARIA MORGANA SOUZA GOMES

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: FATORES MOTIVADORES E
DESMOTIVADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PENTECOSTE – CE

Monografia apresentada ao Departamento de Estudos Interdisciplinares da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Recursos humanos em Saúde pública.

Orientador: Júlio Alfredo Racchumi Romero.
Coorientador: Ernesto dos Santos Vasconcelos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G615g Gomes, Maria Morgana Souza.
Gestão do Trabalho em Saúde : Fatores motivadores e desmotivadores das Equipes de Saúde da Família em Pentecoste - CE. / Maria Morgana Souza Gomes. – 2019.
68 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Júlio Alfredo Racchumi Romero.
Coorientação: Prof. Dr. Ernesto dos Santos Vasconcelos.

1. Gestão do trabalho. 2. Motivação no trabalho. 3. Atenção primária. 4. Saúde da Família. 5. Qualidade.
I. Título.

CDD 320.6

MARIA MORGANA SOUZA GOMES

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: FATORES MOTIVADORES E
DESMOTIVADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PENTECOSTE – CE

Monografia apresentada ao Departamento de Estudos Interdisciplinares da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração: Recursos humanos em Saúde Pública.

Orientador: Júlio Alfredo Racchumi Romero.
Coorientador: Ernesto dos Santos Vasconcelos.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio Alfredo Racchumi Romero (orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Ernesto dos Santos Vasconcelos (coorientador)
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Breno Aloísio Torres Duarte de Pinho
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a. Ms. Kilvia Paula Soares Macedo
Universidade Estadual do Ceará

Dedico esse trabalho a Deus, aos meus pais Sebastião e Fracyvalda, e à minha família, fontes de sabedoria e alento ao longo dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo fôlego dado durante os momentos de dificuldade dessa pesquisa.

À minha família e meu namorado pelo suporte e pela compreensão das minhas ausências.

Aos orientadores, professores e colegas que puderam enriquecer essa experiência.

Aos gestores da Prefeitura Municipal, da Secretaria Municipal de Saúde e da Estratégia Saúde da Família e seus profissionais em Pentecoste, que me acolheram e contribuíram direta e indiretamente para o alcance deste trabalho.

“Para que, de fato, os profissionais de saúde consigam atender às necessidades dos usuários, é necessário que tenham condições de trabalho adequadas e uma cultura organizacional livre de retaliações.” (TAMBASCO *et al.*, 2017, p. 149).

RESUMO

Gestão do trabalho e motivação na Atenção Básica são essenciais para estruturar os processos de trabalho dos profissionais diante das diferentes realidades de execução dessa política nos municípios brasileiros. Assim, tendo como recorte os profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de Pentecoste - Ceará, este estudo objetivou verificar quais os fatores motivadores e desmotivadores que interferem na atuação efetiva desses profissionais. Para tanto, mediante questionário autoaplicável, usou de uma abordagem quantitativa e de natureza descritiva. Entre os principais fatores desmotivadores encontrados, destacam-se as condições estruturais do ambiente de trabalho e a insatisfação com o salário e a carga horária. Para os fatores motivadores, tem-se a perspectiva positiva dos profissionais em relação ao seu trabalho, o reconhecimento pessoal pelo grupo de atuação e também pelos usuários dos serviços que prestam. Por meio dessa pesquisa, foi possível verificar que ainda persistem grandes desafios para a execução adequada das ações de saúde propostas pela Estratégia Saúde da Família da Atenção Básica, mas que, no entanto, é preciso o fomento de tecnologias já existentes que tragam mais integração nos serviços e maior resolutividade aos serviços prestados.

Palavras-chave: Gestão do trabalho, Motivação no trabalho, Atenção Primária, Saúde da Família, Qualidade.

ABSTRACT

Work management and motivation in primary care are essential to structure the work processes of professionals in view of the different realities of implementation of this policy in Brazilian municipalities. Thus, taking as its perspective the professionals of the Family Health Teams of the city of Pentecoste - Ceará, this study aimed to verify which motivating and demotivating factors that interfere with the effective performance of these professionals. Therefore, using a self-administered questionnaire, it used a quantitative and descriptive approach. Among the main demotivating factors found are the structural conditions of the work environment and dissatisfaction with salary and workload. For the motivating factors, there is the positive perspective of professionals in relation to their work, personal recognition by the performance group and also by the users of the services they provide. Through this research, it was possible to verify that there are still great challenges for the proper implementation of health actions proposed by the Family Health Strategy of primary care, but, however, it is necessary to promote existing technologies that bring more integration into services and greater resolution to the services provided.

Keywords: work management, work motivation, primary care, health of the family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - 2ª Coordenadoria Regional de Saúde Caucaia.....	27
Figura 2 - Município de Pentecoste, Ceará.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	31
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019 ...	32
Tabela 3 – Caraterísticas do trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	33
Tabela 4 – Características do ambiente de trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	34
Tabela 5 – Estímulo do modelo de gestão no ambiente de trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	35
Tabela 6 – Perspectivas de suprimento às demandas da população pelos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	36
Tabela 7 – Perspectivas do trabalho pelos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Consolidação da temática Gestão do Trabalho em saúde no Brasil.....	19
Quadro 2 - Classificação das equipes de Pentecoste de acordo com o desempenho alcançado na 2ª Lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ-AB, 2019	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAB	Equipe da Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EqSB	Equipe de Saúde Bucal
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	Estratégia Saúde da Família, no âmbito na Atenção Básica, e a atuação das equipes multiprofissionais	16
2.2	Gestão do Trabalho em Saúde e a motivação no trabalho.....	18
2.3	Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família	23
3	METODOLOGIA	27
3.1	Território da pesquisa	27
3.2	Operacionalização da pesquisa.....	28
4	ANÁLISES E RESULTADOS	31
4.1	Perfil.....	31
4.2	Características do trabalho e do ambiente de trabalho	32
4.3	Motivações e desmotivações	35
5	DISCUSSÕES.....	39
5.1	Desafios e potencialidades da Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família	39
5.2	Desafios e potencialidades da Gestão do trabalho das Equipes de Saúde da Família em Pentecoste	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A –Instrumento de coleta de dado.....	55
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64

1 INTRODUÇÃO

Gestão do trabalho em saúde é um elemento essencial para o sucesso da execução das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas apresenta grandes desafios, principalmente no que tange à adequação das capacidades laborais executoras diante das mais diversas realidades presentes nas extensões municipais brasileiras.

No SUS, a Atenção Básica ou a Atenção Primária, termos equivalentes conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são consideradas rede porta acolhedora dos serviços públicos de saúde, e tem a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), com enfoque nas equipes multiprofissionais de Saúde da Família (EqSF), a principal tática de atuação para a expansão, qualificação e consolidação dos serviços, primando pelas suas relações custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Essa relação custo-efetividade, conforme diz o próprio texto da política, pode ser entendida pela atuação da EqSF de forma multiprofissional centrada em ações de prevenção de agravos no cuidado à saúde junto às famílias que, por sua vez, estão distribuídas em unidades territoriais de diversas características e dinâmicas, mas que compõem áreas municipais comuns. Logo, esse resultado efetivo, ou não, é reflexo iminente da forma de como essas equipes de trabalhadores estão comprometidas e atuam diante dos diferentes desafios de executar a Atenção Básica nos municípios.

No Ceará, para a organização das ações de saúde, seu território é dividido em cinco grandes macrorregiões de saúde que, por sua vez, são compostas por 22 Regionais de Saúde (CEARÁ, 2018-a). Em consulta ao DataSus, até a competência consultada do mês de junho de 2019, a segunda região de Saúde, denominada Regional de Caucaia, composta por 10 municípios, continha 131 estabelecimentos do tipo Centro ou Unidade Básica de Saúde (UBS) com 205 equipes multiprofissionais de saúde da ESF distribuídas na área. Fazendo parte dessa regional, o município Pentecoste, por sua vez, possuía 15 desses estabelecimentos e 19 equipes multiprofissionais até a essa mesma data (DATASUS, 2019).

Esses números, se aplicados à extensão territorial do referido município, revelam, além da abrangência e dependência da Atenção Primária, os desafios da gestão do trabalho em saúde em âmbito local para organizar, da forma mais adequada, a capacidade dos serviços às demandas reais da população em prol de maiores e melhores resultados na corrida pela busca de uma cobertura mais efetiva e satisfatória.

Compreende-se, então, que a participação ativa e o engajamento do trabalhador nos serviços de saúde é um ponto crucial para que as políticas públicas, especialmente as de nível central da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sejam plenamente executadas, possibilitando a comunicação adequada entre as demais redes e, conseqüentemente, potencializando o bom funcionamento do SUS no que tange ao contexto descentralizado dos municípios.

Contudo, diferentes conjunturas de trabalho, independente do campo de atuação, podem acarretar tantos níveis de motivação, como de desmotivação nos colaboradores que as integram. Para o caso dos profissionais que prestam serviço público de saúde, também não é diferente, pois esses níveis acabam por influenciar direta ou indiretamente nos bons resultados esperados dos serviços prestados por eles à população. Visto que a gestão do trabalho em saúde deve contribuir para que o profissional seja mais que um recurso, e sim um agente em potencial para mudanças, no sentido de fortalecimento e consolidação dos serviços do SUS, e ainda que as EqSFs representam o primeiro e principal ponto de contato desses serviços, espera-se que as condições e processos de trabalho em que estes profissionais estão inseridos sejam favoráveis e os mantenham sempre aptos e motivados frente aos desafios de suas funções. Logo, a questão norteadora desta pesquisa foi: quais os fatores associados à gestão do trabalho em saúde motivam e desmotivam os profissionais das equipes das EqSFs do município de Pentecoste - Ceará?

O tema de Gestão do trabalho em saúde é um debate pertinente diante da busca constante de eficiência e efetividade das políticas públicas de saúde, pois uma vez que se volta à valorização e aos processos de implicação do profissional de saúde, conseqüentemente, este ao se sentir corresponsável e integrado, pode se motivar a buscar sempre maiores graus de resolutividade e qualidade nos serviços que presta. Assim, identificar quais fatores associados à gestão do trabalho motivam e desmotivam os profissionais constituintes das EqSFs na esfera de um município localizado no interior do estado do Ceará, como é o Município de Pentecoste, permite, além de uma aproximação da realidade de trabalho dos profissionais que operam no contexto descentralizado das políticas públicas de saúde, em especial àquelas que são via de acolhida e comunicação entre as demais ações da rede de serviços, a identificação de limitações, como também, potencialidades para atuação dessas equipes em seus serviços.

Ressaltam-se, também, os motivos pessoais que impulsionam este trabalho, pois tendo encontrado a oportunidade do contato com a gestão do SUS, em particular das políticas que tratam da gestão do trabalho e educação em saúde a partir do Estágio extracurricular do

programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA (PRONESINO) na Secretaria da Saúde no âmbito Estadual, e tendo origem no município de Pentecoste, local de realização do estudo, há por essas razões, o reconhecimento da condição de poder explorar o tema de Gestão do trabalho em saúde, a partir da execução de políticas de saúde descentralizadas, e contribuir para melhorias cada vez mais crescentes nesses serviços.

Um estudo centrado nas pessoas que operam o funcionamento das políticas públicas, e nesse caso em especial os serviços da Atenção Primária do SUS, Sistema que no ano 2018 comemorou três décadas de existência, possibilitou desvendar possíveis limitações e potencialidades do território em análise, refleti-las, ou, até mesmo, estando estas reconhecidas em outros contextos e cabendo a oportunidade, estimular a troca de experiências bem sucedidas e que podem ser absorvidas enquanto modelo sustentável, mesmo em diferentes territórios. Acrescentou-se, ainda, a oportunidade de se aferir como se processa a capilaridade das políticas de gestão do trabalho em saúde nos níveis locais.

Para tanto, norteou-se o estudo pelo objetivo geral de verificar os fatores motivadores e desmotivadores associados à gestão do trabalho dos profissionais das EqSFs no município de Pentecoste, Ceará. Em virtude disso, foi necessária uma discussão acerca dos conceitos relacionados às EqSFs, de Gestão do trabalho em Saúde e motivação, e as relações desses conceitos entre si; a caracterização, pela perspectiva dos profissionais, do perfil socioprofissional, do trabalho e do ambiente de trabalho que estão inseridos, e a análise dos possíveis fatores motivadores e desmotivadores dessas EqSF em Pentecoste.

Como estratégia metodológica, esta pesquisa teve abordagem quantitativa e natureza descritiva, consistindo no direcionamento de um questionário autoaplicável que recolheu as informações necessárias junto aos profissionais das EqSFs, com posterior organização, análise por meio de software estatístico, descrição dos resultados e discussão.

Este trabalho se divide sendo a presente introdução o primeiro capítulo, seguido por mais outros cinco, pelas referências, e pelos apêndices. No segundo capítulo, é apresentado o referencial teórico que fundamenta o estudo, no qual são discutidos os conceitos e suas relações dentro do tema. Muitas são as discussões que envolvem a necessidade da organização do trabalho na Atenção Primária para a superação de desafios.

O terceiro capítulo traz a metodologia da pesquisa, como foi organizada, sua operacionalização e o quarto capítulo, a realização das análises e os primeiros resultados encontrados pela investigação no território. É possível afirmar que existe o compartilhamento de uma agenda nacional complexa, mas, que, e ao mesmo tempo, desencadeia pontos de partida possíveis para sua superação.

No quinto capítulo, são confirmados os desafios postos e, exploradas as respostas possíveis de aplicação, ambos embasados por consultas em diferentes escalas de discussão sobre a gestão do trabalho na ESF. No sexto capítulo, são postas as considerações finais do estudo, no qual se resgata sua importância e contribuição para a temática que abordou.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são abordados os conceitos e discussões acerca da ESF para se compreender o que é e qual a importância da atuação das EqSFs, da gestão do trabalho em saúde e da motivação, os debates atuais sobre a importância do fator motivação no trabalho nesse contexto e, as implicações da gestão do trabalho nas EqSFs da ESF, com uma reflexão acerca dos desafios atuais apontados pela literatura nessa relação.

2.1 Estratégia Saúde da Família, no âmbito na Atenção Básica, e a atuação das equipes multiprofissionais

Elenca-se que as principais funções da Atenção Básica diante da RAS correspondem: a) ser a base, cuja sua modalidade deve ter elevado nível de descentralização e capilaridade em que a presença no cuidado é contínua; b) ser resolutiva, pautando-se na captação de agravos e demandas de saúde, usando-se de diferentes artifícios para o cuidado individual e coletivo de forma efetiva ao estar mais próxima dos usuários; c) coordenar o cuidado, ao construir, auxiliar e administrar ações terapêuticas e colaborar na gestão compartilhada da atenção integral; e, d) ordenar redes, sendo responsável pelas demandas dos indivíduos por quem se responsabiliza, organizando o atendimento em diferentes pontos de atenção à saúde, colaborando para que os serviços de saúde correspondam à utilidade para os usuários (BRASIL, 2018).

A ESF, conectada à essa agenda da Atenção Básica, é regulamentada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, versão mais atualizada e revisada da PNAB (BRASIL, 2017). Entretanto, sua concepção e posterior institucionalização datam de 1993 e 1994, respectivamente, originalmente com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), uma proposta a um novo modelo de reorganização dos serviços de saúde no Brasil (ARAÚJO; ROCHA, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2000; ROSA; LABATE, 2005; SANTANA; CARMAGNANI, 2001; SILVA, 2011; SOUZA, 2014).

Achados de uma análise documental sobre a ESF apontam que o PSF, como seu antecessor, constituiu-se pela necessidade de remodelar um padrão de assistência em saúde que antes era focado apenas na doença e na figura do médico e que deixava de lado o indivíduo enquanto detentor de direitos, além de uma visão inadequada da equipe de saúde.

Dessa forma, o PSF surge guiado pela universalização de acesso e integralidade da assistência (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Como em formato de programa, o PSF deveria ser concluído em tempo determinado, foi quando, em 2006, o deixou de ser, transformando-se em estratégia na medida que passou a ter caráter perdurável e ininterrupto, o que, conseqüentemente, deu-lhe a nova designação de ESF (DALPIAZ e STEDILE, 2011). Nesse contexto, soma-se então ESF a tipicidade de ser um universo de reorganização e fortalecimento no âmbito da Atenção Primária no Brasil (BARROS, 2014).

Na ESF as EqSFs, ação preferencial para a atenção à saúde, são compostas nos pontos de atendimento, quais sejam nas UBSs ou Centro de Saúde, por médico, enfermeiro, que sejam especialistas em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo, ainda, integrar o profissional Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal, como o cirurgião-dentista, de preferência com formação voltada também à Saúde da Família e o auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

As demais ações da ESF são representadas por outros quatro tipos de equipes multiprofissionais destinadas à atuação e supervisão sanitária em territórios delimitados e que conforme as necessidades também podem se rearranjar para ser EqSF: Equipe da Atenção Básica (eAB); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2017).

Conforme as diretrizes operacionais da PNAB, a ênfase dada à natureza das EqSFs advém da sua proposta de reorganizar o processo de trabalho para maiores ganhos na resolutividade e impacto na condição de saúde das pessoas e coletividades, pois, ao levar em conta o custo-efetividade, torna-se ferramenta de fortalecimento da expansão, qualificação e firmamento da primeira instância de acesso dos serviços público de saúde, a própria Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Essa relação custo-efetividade, de acordo com a política, pode ser entendida pela atuação dessa equipe multiprofissional centrada em ações de prevenção no cuidado à saúde junto às famílias. Imprime-se, desta forma, um cuidado continuado e pautado principalmente pelo vínculo saudável que deve ser criado pelos profissionais junto aos usuários.

Barros (2014) reforça que a ESF, tendo como alvo o indivíduo e a família, preza por ações de proteção e recuperação, logo, faz um direcionamento do modelo tradicional de assistência, introduzindo a família para ser assimilada através de seu ambiente físico e social,

oportunizando aos trabalhadores da saúde uma percepção mais ampla da causa saúde-doença, no que a intervenção exige ir além das técnicas terapêuticas, abandonando-se, assim, o modelo corretivo patológico em hospitais.

Em publicação comemorativa aos 17 anos de ESF no Brasil, no ano de 2010, o Ministério da Saúde, ao trazer as falas de atores e momentos importantes dessa trajetória, por intermediação de falas de uma ex-Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB), reconhece os resultados da atuação das equipes sobre as populações às quais respondem e os impactos positivos em que “pesquisas e os estudos acadêmicos comprovam a potencialidade da ESF na melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos populacionais mais expostos às condições de pobreza” (BRASIL, 2010, p. 34).

Contudo, nesse mesmo discurso apresentado na cartilha, persiste a observação de que também há ressalvas quanto a resultados que imprimam mudanças reais nos processos de trabalho, enxergando a necessidade de revisão de vias e preferências na aplicação de recursos. Há a advertência, nesse caso, para a qualificação da Atenção Básica que, por meio da ESF, deve estar completamente qualificada para mediar e regular as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Santini *et al.* (2017) apontam que o trabalho em saúde sendo coletivo, multidisciplinar e relacional, em que haja influência mútua constante não apenas de profissional para profissional, mas igualmente entre profissionais e usuários, são determinantes que fazem do trabalhador em saúde elemento ativo na perseguição de princípios e diretrizes do SUS.

Como se pode ver, a inovação do modelo de atenção em saúde por meio da ESF e, em especial, marcado pela atuação das equipes multiprofissionais, trouxeram o cuidado para mais perto da população, pautado no indivíduo e nas coletividades. Uma das potencialidades que pode ser observada nessas equipes, é o fato de que, se todas as suas atribuições, marcadas especialmente por pensar e refletir o indivíduo a partir de diferentes dimensões na busca de maximizar uma conjuntura de cuidados, forem objetivamente assumidas e cumpridas, podem trazer impactos positivos reais na saúde a todo um território.

2.2 Gestão do Trabalho em Saúde e a motivação no trabalho

O glossário temático do Ministério da Saúde conceitua Gestão do Trabalho em Saúde como “as relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde”

(BRASIL, 2012, p. 23). Com efeito, Machado e Ximenes Neto (2018) corroboram com essa concepção a respeito do servidor de saúde e o veem enquanto agente transformador do ambiente em que ocupa, sendo, dessa forma, capaz de contribuir com melhorias ao SUS.

Mendonça *et al.* (2010), por sua vez, conceituam que a gestão do trabalho em saúde no serviço público se caracteriza pela competência do Estado em regular as relações sociais do serviço, em oportunizar capacitação, formação profissional e o estabelecimento de condições adequadas de serviços nas diferentes esferas de governo e, conseqüentemente, proporcionar o alicerce para um trabalho diferenciado.

Outros colaboradores do tema apontam ainda que esse conceito passou a ser acompanhado do termo educação em saúde, ou seja, gestão do trabalho e da educação em saúde, e juntos dão conta das interações de gestores e trabalhadores de saúde, de medidas voltadas à valorização desses e do seu trabalho, assim como também práticas voltadas ao planejamento, à formação e à qualificação centradas nesse ator (RIZZOTTO *et al.* (2014).

Viana *et al.* (2018), em um estudo sobre os sentidos e usos da expressão Gestão do Trabalho em Saúde na literatura científica brasileira, contextualizam que o Trabalho em Saúde no Brasil só teve autêntico destaque em 1963 na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e em 1986 na 8ª também CNS e, desde então, não saiu mais de pauta.

O quadro a seguir resume os eventos, além de conferências nacionais, e as respectivas pautas abordadas que se configuraram e contribuíram para a segmentação da temática gestão do trabalho em Saúde no âmbito do SUS.

Quadro 1 - Consolidação da temática Gestão do Trabalho em saúde no Brasil

Ano	Evento	Temática(s) em destaque	Autore (a)s
1963	3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Trabalho em Saúde no Brasil	Viana <i>et al.</i> (2018)
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Discussão de propostas específicas do tema 'recursos humanos'	Moyses (2010)
1986	1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS)	Valorização profissional e qualidade dos serviços, regulação do mercado de trabalho, implementação de políticas, qualificação dos profissionais, melhoria das condições de trabalho e as recompensas oferecidas.	Viana <i>et al.</i> (2018)
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Necessidade de constituir políticas direcionadas à capacitação e desenvolvimento de recursos humanos para a consolidação da implantação do SUS.	Ferreira e Moura (2006)

Continua

Conclusão

Ano	Evento	Temática(s) em destaque	Autore (a)s
1993	2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS)	Desafios éticos frente às necessidades de saúde.	Silva (2009)
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Administração e qualificação dos trabalhadores de saúde.	Ferreira e Moura (2006)
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Aprovação dos princípios e diretrizes na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS).	
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Ministério da Saúde em defesa da desprecarização e reversão do modelo de gestão dos recursos humanos em saúde desde a década 1990.	Pereira (2004)
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)	Momento de reconsideração da área como estratégia para a concretização da Política Nacional de Saúde (PNS) e da perseguição de políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em prol de uma performance eficaz do SUS.	Pierantoni <i>et al.</i> (2008)
2006	3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CNGTES,	Substituição do termo recursos humanos na nomenclatura da conferência e em todos os seus documentos, teve como tema “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”.	Moyses, (2010)

Fonte: Elaboração própria a partir dos autores citados.

Conforme o quadro acima, fica evidente o quanto, ao passar do tempo, tomou corpo a consolidação do tema gestão do trabalho, até se consistir na abrangência das linhas de discussão e da carga significativa que a expressão possui hoje. Destaca-se, do mesmo modo, o aporte que as Conferências, ora a partir das nacionais de Saúde, ora as genuínas para o campo da expressão, contribuíram para esse fomento.

No entanto, também não se pode deixar de lado o fato da criação de uma Secretaria para a temática, com a, então, materialização de políticas públicas fruto de décadas de debate. Pode-se afirmar, portanto, que o momento simboliza a reflexão sobre a situação de saúde no Brasil e de como é rico o papel que os trabalhadores da saúde têm para impactar nessas condições. Autores como Santini *et al.* (2017) corroboram sobre o ponto alto que foi a criação da SGTES, pois, a partir daí o Ministério da Saúde teceu o conceito de gestão do

trabalho, abandonando a visão do trabalhador como meramente recurso humano, o que por sua vez, acabou por conceder a esse ator destaque enquanto participante e autor inovador no seu local de trabalho. Outros observadores classificam esse momento enquanto advento de um período caracterizado pelo resgate da saúde, tida constitucionalmente como direito e patrimônio de todos e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de que também fazem parte de maneira intrínseca desse patrimônio os próprios trabalhadores da área da saúde (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Como se pode depreender, à medida que o termo gestão do trabalho em saúde ganhou espaço, os profissionais dessa área se tornaram elementos-chave, tanto para a criação de novas tecnologias no seu campo, quanto para a prestação efetiva dos serviços públicos de saúde, surgindo, ao mesmo tempo, a inevitabilidade e o desafio das gestões lhes oferecerem conjunturas necessárias para alcançarem tais metas. Entre esses desafios, Galavote *et al.* (2016), salientam que no âmbito do espaço cotidiano do profissional de saúde, configura-se como um dos grandes percalços da gestão do trabalho, gerir o trabalhador, a quem denominam de “potência andante” no que diz respeito à sua liberdade e criatividade, apontando o esforço existente de fazer esse trabalhador se sentir integrante do projeto técnico-ético a serviço do cuidado, em obter sua subjetividade em prol de novos dispositivos nas práticas de saúde. Mas, por outro lado, quando o trabalho é movido pela subjetividade de seus operantes, podem-se, em potencial, agregar tecnologias no decorrer do modo saúde doença-cuidado, sendo, dessa forma, primordial, reivindicar e imprimir a esses profissionais “formação de qualidade, educação permanente e competências específicas para atender as demandas do mercado de trabalho sanitário” (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p. 1973).

Essa proposta de engajamento, todavia, vai de encontro à realidade do Brasil, segundo estudiosos do tema consultados em diferentes períodos. Valla (1999), há duas décadas, constatava que as precárias condições de trabalho e os baixos salários dos profissionais do serviço público de saúde refletiam em desmotivação, desresponsabilização no cumprimento das atividades e na decorrente renúncia do trabalho. No cenário atual, após três décadas de existência do SUS, ainda persistem problemas que já são tidos como estruturais na gestão do trabalho em saúde, destacando-se entre eles a influência das más condições das instalações físicas no ambiente laboral em um grau que atinge, significativamente, o setor de saúde brasileiro (MACHADO; XIMENES NETO 2018).

Para se compreender um pouco mais sobre o conceito e causas da motivação e da desmotivação no trabalho, pela área da psicologia, a teoria dos dois fatores abordada por

Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, p. 78) na obra “Motivação para trabalhar” classifica em dois grupos os fatores que afetam o indivíduo no ambiente de trabalho, podendo ser: a) fatores motivadores, são os sentimentos particulares do indivíduo e que dizem respeito a expectativa do seu crescimento individual, reconhecimento profissional e autorrealização e; b) fatores de higiene, elementos externos do contexto de trabalho em que o indivíduo está submetido, como a ação da supervisão, as relações interpessoais, as condições físicas de trabalho, o salário, as políticas e práticas administrativas da organização, os benefícios e a segurança laboral. Em suas conclusões, os referidos autores afirmam que quando os fatores de higiene são prejudiciais no ambiente de trabalho podem influenciar atitudes descomprometidas com o executar de atividades. Já à medida que esses se estabelecem em níveis favoráveis podem influenciar o que chama de atitudes positivas, podendo funcionar, assim, como gatilho aos fatores denominados motivadores (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 1959, p. 79).

Já no âmbito da Administração, Chiavenato (2006), embasado na Teoria das Relações Humanas nascida a partir do estudo científico de Elton Mayo, e que tem entre seus eixos o efeito das condições de trabalho sobre o serviço, descreve motivação como a forma de explicar o porquê de como as pessoas se comportam. Entre os achados gerais do estudo, o autor elucida a rejeição da ideia de que o comportamento do homem trabalhador é motivado apenas pelo ganho de dinheiro e de recompensas salariais e materiais. Ao invés disso, explica que fundamentou a teoria que abrange ser também necessária para a motivação humana no trabalho a existência de recompensas sociais e simbólicas ligadas a fatores como integração social, normas grupais, sanções e recompensas sociais; grupos sociais informais; grupos e interações resultantes, conteúdo e natureza do cargo e aspectos emocionais (CHIAVENATO, 2006).

Com auxílio dessas áreas de conhecimento consultadas, é possível compreender que diferentes conjunturas de trabalho, independente do campo de atuação, podem acarretar, tanto em níveis de motivação, quanto de desmotivação, nos colaboradores que as integram, o que, por consequência, pode afetar, também, o trabalho final prestado. Relacionando aos profissionais do serviço público de saúde, essas consequências não são diferentes, pois esses níveis acabam por influenciar, direta ou indiretamente, nos bons resultados esperados nos serviços ofertados à população. Assim, quanto mais e melhores forem as condições oferecidas no trabalho e em seu ambiente, mais motivados poderão estar os trabalhadores de saúde e, por consequência, maiores também serão as possibilidades de superação das metas e desafios

pelos quais eles se deparam no que tange à gestão do trabalho, culminando, assim, na entrega de melhores serviços.

De posse de todo o exposto, presume-se que, mesmo após todo um período de transformações e conquistas dos profissionais públicos de saúde, aponta-se a subsistência de uma ampla agenda acerca da gestão do seu trabalho, evidenciando que toda a expansão e esforço do SUS em suprir as demandas correntes em grande número de uma população também crescente no Brasil, não foi, e ainda não está sendo, acompanhada pela devida correspondência de enxergar e prezar o papel que esses trabalhadores tem nos cenários de serviço.

Associando ao caso das equipes multiprofissionais da ESF, rede configurada como a base para acolhimento dos usuários no SUS e responsável pela comunicação entre as demais redes, reorganizada para trazer mais ganhos na resolução e impacto nas condições de saúde individual e coletiva por meio da vigilância e prevenção de agravos, espera-se que a gestão do trabalho ofereça as condições e processos de trabalho favoráveis para manter esses profissionais sempre aptos e motivados diante dos desafios de suas funções, sendo agentes em potencial para mudanças no sentido de fortalecimento e consolidação dos serviços do SUS.

2.3 Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Junqueira *et al.* (2010), em um estudo sobre a lógica da organização da gestão de recursos humanos em nível da Atenção Básica em saúde no Brasil, ao condicionar uma revisão dos principais autores que tratam dessa temática, analisam e elencam de forma geral os problemas mais recorrentes na rotina de trabalho da ESF. Segundo os seus resultados, tudo começa pela infraestrutura material das UBS, por vezes, incompatível ou débil; discrepância da capacidade de assistência frente à população que demanda dos serviços, no que acaba por afetar o planejamento dos mesmos; o humor sociopolítico em que o contexto do trabalho se insere; perspectivas discordantes das equipes com os poderes locais; conflitos com a própria população quando essa deixa de ser atendida pela sobrecarga de demanda; e as formas de contrato de trabalho (JUNQUEIRA *et al.*, 2010).

Soratto *et al.* (2017), ao também realizarem estudos no âmbito na Atenção Básica, durante o ano de 2010 a 2014, explorando possíveis fatores que geram insatisfação nos profissionais da ESF, a partir de equipes pertencentes respectivamente a UBS de todas as cinco grandes subdivisões geográficas do Brasil, chegaram a três grandes categorias que

agrupam tais questões, quais sejam, a gestão do trabalho em saúde, excedente de trabalho e relacionamento das equipes e usuários. Os autores apresentam os elementos de insatisfação pertinentes em cada categoria, dentre eles: a) gestão do trabalho em saúde - alta jornada laboral, carência de valorização do trabalho e déficit salarial, privação de subsídios materiais e omissões na gestão; b) excesso de trabalho - sobrecarga de trabalho, burocracias e c) relacionamento das equipes e usuários - atitude dos usuários, local de trabalho inserido no contexto de violência, desconhecimento dos usuários sobre a dinâmica de trabalho ESF, desqualificação e despreparo da equipe, desorganização da equipe e da UBS (SORATTO *et al.*, 2017).

Outros estudos dão conta de dificuldades existentes no preparo profissional não só dos trabalhadores das EqSFs da ESF, mas, igualmente, dos seus gestores, trazendo atenção para essa condição em papéis que são essencialmente responsáveis pela gestão dos serviços. Em complemento, denunciam, ainda, os vínculos precários de trabalho, a alta rotatividade de trabalhadores e a fragmentação do processo de trabalho (FELSKY *et al.*, 2016).

Em outra perspectiva da gestão, Gomes *et al.* (2016), analisam que o corpo das EqSFs da ESF recebe interferência não só da regulação dos serviços de saúde, mas igualmente da esfera do poder e legitimidade no que a execução dos serviços é atingida pelos altos cargos de direção do governo. Dessa forma, o modelo final da ESF se torna fruto do contexto político, econômico, cultural e ideológico no âmbito das administrações municipais.

Lima *et al.* (2014), em seus achados, descrevem a falta de compreensão do gestor, da equipe, e do usuário sobre o modelo assistencial em que estão inseridos: os problemas no trabalho em equipe e na capacitação para trabalhar em equipe, a permanência da centralidade na assistência médica e a desvalorização social do serviço público, todos como potenciais interferentes nos processos de trabalho das EqSFs da ESF. Formas de financiamento e legislações na esfera municipal, no tocante às despesas, também acabam sendo apontados como entraves que recaem na maneira como são conduzidas as atividades na ESF, isso por envolver a questão de espera para aquisição de materiais e realização de demais contratos, acrescentando-se o enrijecimento para contratação de trabalhadores em virtude do respeito ao teto com gasto de pessoal condicionado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Circunstâncias como carência de meios de transporte para estender atendimento à região rural nos municípios, ausência de medicamentos, de curativos e até mesmo de material de expediente, passando por a negligência existente na prioridade de verbas pelas prefeituras, má vontade política e falta de técnica dos agentes comunitários nos serviços rotineiros básicos

junto à população são, igualmente, realidades conhecidas mais a fundo por pesquisas acerca do perfil e das condições de práticas de saúde dos profissionais, mesmo quando ainda estavam no contexto do PSF (COTTA *et al.*, 2006). Contudo, mesmo no processo de implementação da ESF, quando a gestão do trabalho tomou papel crescentemente essencial diante da inserção do novo modelo assistencial adotado, pois a medida implicava, dentre outras coisas, no aumento e na definição de quadro de pessoal na escala dos municípios, ainda persistiam notícias de um cenário totalmente desfavorável quando entrava em marcha o contexto de encolhimento na prestação de serviços públicos no âmbito das mudanças econômicas e de reforma do Estado (MENDONÇA *et al.*, 2010). Observa-se que, embora a atuação das equipes da ESF tenha um papel importante para exercer as práticas de prevenção e tratamento que se propõem, muitas são as dificuldades para ofertar condições e aptidões necessárias para realizar tais práticas. Isto posto, fica evidente o papel e os desafios que a gestão do trabalho em saúde tem para harmonizar as disponibilidades desses trabalhadores às necessidades dos indivíduos que contam com os serviços públicos de saúde.

Mas ao compasso em que se enumeram desafios, também são postas à vista discussões sobre as possibilidades da gestão do trabalho na ESF. Em vista disso, Francischini *et al.* (2008) salientam que as equipes multiprofissionais, em posse de suas distintas habilidades, devem realinhar seus conhecimentos em prol da humanização na assistência à população e aspirar os princípios dos SUS para a efetiva mudança no modelo de atenção que pregam. Peruzzo *et al.* (2018) vêm salientar que para a quebra de barreiras na atuação conjunta das equipes, estratégias diversas devem ser incorporadas, dentre elas, admitindo-se a periodicidade de reuniões, estímulo a uma cultura de conhecimento e valorização do papel de cada membro multidisciplinar, ao estreitamento do laço profissional e pessoal e, também, a consideração de pontos tidos como básicos para melhorar as relações colaborativas, como o diálogo, o saber ouvir e acolher. Defende-se que, para esse bom relacionamento e comunicação, é necessária uma gestão mais participativa para maior interação energizando a criação e execução de novos projetos (TAMBASCO *et al.*, 2017). Lacaz *et al.* (2010) também apontam que além do nível salarial, a autonomia que o grupo de profissionais tem no próprio círculo do trabalho pode ser usada como tecnologia a favor da prestação de qualidade dos serviços em saúde. Guadagnin (2013), afirma que para a superação dos desafios e para a organização dos processos de trabalho na ESF, é necessária, além da verdadeira atuação em equipe, a aderência de estruturas de trabalho “que privilegiem o vínculo, o acolhimento e a ampliação da autonomia dos usuários e famílias no território e a responsabilização com o cuidado integral das mesmas” (p. 38).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), um dos elementos integrantes da própria gestão do trabalho, da mesma forma, é considerada por Santos *et al.* (2015), como um reduto para os espaços coletivos de discussão para a ESF e que pode incidir diretamente no arranjo dos serviços, nas interações dos sujeitos e na percepção das atividades em saúde, pois seus processos possibilitam a reflexão a partir de práticas institucionalizadas, objetivando, dessa forma, a superação de desafios com enfoque nos problemas reais das equipes. A educação permanente, vale destacar, não pode ser confundida com educação continuada cuja principal diferença, em relação a primeira, é o foco individual e não coletivo de aprendizagem em que, por meio de cursos pontuais, se individualiza e direciona conhecimentos por categorias profissionais, ao invés de educação em serviço articulada à mudança de práticas, típicas da educação permanente. No entanto, embora diferentes, são necessárias para etapas distintas de qualificação (FUNESA, 2011).

Quanto a ferramentas já existentes para dar suporte às ações e serviços da Atenção Primária no âmbito dos municípios, avanços são observados na aderência dos programas fomentados pelo Ministério da Saúde enquanto ferramentas de planejamento, como o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, e como ferramentas de financiamento, avaliação e monitoramento, no caso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) (GOMES *et al.*, 2016).

De posse dos elementos até aqui trabalhados, quais sejam, a importância da ESF e suas equipes multiprofissionais, da gestão do trabalho no SUS e da motivação no trabalho, assim como as implicações da gestão do trabalho na própria ESF, debatidos conforme a literatura consultada, é possível constatar o quanto a união desses elementos são importantes para alinhar os serviços públicos de saúde e torná-los efetivos aos usuários já no âmbito das esferas municipais.

Amparando-se na importância da qualidade da entrega dos serviços de saúde no âmbito municipal que, por sua vez, pode ser tida como resultante de fatores indo de motivadores a desmotivadores associados à situação da gestão do trabalho dos profissionais nos serviços e, para atender ao objetivo geral da presente pesquisa, o próximo capítulo trata, então, do estudo realizado acerca das motivações e desmotivações dos profissionais das EqSFs do município de Pentecoste, Ceará.

3 METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo, são apresentadas as subseções referentes ao território do estudo, o método utilizado e a operacionalização da pesquisa, seu instrumento de coleta e ferramentas da análise utilizada para os dados.

3.1 Território da pesquisa

No Ceará, a estruturação estadual das ações de saúde é dividida em cinco Macrorregiões, quais sejam, Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri. Essas, por sua vez, subdividem-se em 22 Regionais de saúde que são compostas por territórios limítrofes com características socioeconômicas e infraestrutura semelhantes para a execução das ações e serviços de saúde. Entre os critérios para a composição, está a capacidade máxima dos serviços de saúde dos municípios (CEARA, 2018-a).

No âmbito da organização e planejamento estadual nas ações de saúde, o município de Pentecoste faz parte da segunda Região de saúde que compõe a Macrorregião de saúde de Fortaleza, denominada como Segunda Região de Saúde Caucaia (CEARA, 2018-a). Em consulta ao DataSus, até o último semestre de 2019, essa região composta por 10 municípios, abrangia 131 estabelecimentos do tipo Centro de Saúde/UBS com 205 equipes multiprofissionais da ESF distribuídas na área. Pentecoste, por sua vez, possuía 15 desses estabelecimentos e 19 equipes multiprofissionais (DATASUS, 2019). A figura 2 representa a Regional de saúde da qual Pentecoste faz parte.

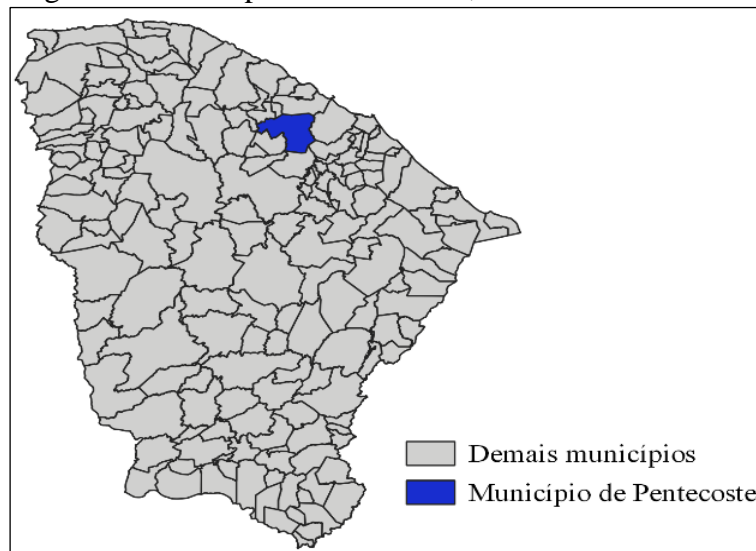
Figura 1 - 2ª Coordenadoria Regional de Saúde | Caucaia



Fonte: Site da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Conforme classificação do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), Pentecoste é um município de médio porte populacional (IPECE, 2018) situado na Região de Planejamento Litoral Oeste/Vale do Curu, no Ceará, dista a aproximadamente 88 quilômetros, em linha reta, da capital Fortaleza, tem área territorial de 1.378,3 Km² e uma população estimada em 37. 077 pessoas no ano de 2017. A partir do Censo Demográfico de 2010, mais de 60% moravam na zona urbana e próximo dos 40%, na zona rural. (CEARÁ, 2018- b) A figura 2 mostra a sua localização no estado.

Figura 2 - Município de Pentecoste, Ceará.



Fonte: Elaborado a partir das Malhas territoriais do IBGE, 2010.

O número de estabelecimentos e de equipes da Atenção Básica atuantes em Pentecoste, se observados junto à sua extensão territorial, revelam, além da abrangência e dependência da sua população pelos serviços dessas equipes, as responsabilidades relacionadas à gestão do trabalho em saúde em âmbito local para organizar, de forma mais adequada, a capacidade existente dos serviços às demandas em prol de maiores e melhores resultados para uma cobertura efetiva e satisfatória.

3.2 Operacionalização da pesquisa

Esta pesquisa usou de uma abordagem quantitativa e descritiva e teve, como instrumento de coleta de informação, um questionário fechado autoaplicável (Apêndice A) adaptado de Jorge (2018) e embasado nas discussões levantadas pela literatura analisada sobre gestão do trabalho na ESF. Antes de ser usado, foi testado por uma enfermeira gestora do Programa Mais Médicos pertencente a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (CGTES) na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

O instrumento, para atingir o objetivo geral de verificar os fatores motivadores e desmotivadores, associados à gestão do trabalho, das EqSFs em Pentecoste, foi estruturado por três grupos de perguntas gerais acerca do perfil profissional, da opinião sobre condições do trabalho e do ambiente de trabalho, e de questões sobre possíveis motivações e desmotivações no trabalho dos profissionais dessas equipes.

A escolha dos profissionais dessa modalidade como recorte para o estudo, deveu-se ao fato de ser considerada como a ação preferencial para a atenção à saúde, dado o arranjo multiprofissional que dispõe, conforme já mencionado em seções anteriores. Para o período da coleta de dados da pesquisa, na competência de junho de 2019, disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, constavam 15 equipes de profissionais catalogadas no referido município (DATASUS, 2019).

Contudo, utilizou-se como critério de seleção, profissionais que integrassem as EqSFs participantes do PMAQ-AB, proposta do Ministério da Saúde que incentiva gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços da Atenção Básica e como critério de exclusão, profissionais chegados às EqSF após o início da coleta de informações para o estudo.

Dessa forma, segundo informação repassada pela coordenação das EqSFs da ESF em Pentecoste, no período da pesquisa existiam 178 profissionais ligados a 14 EqSFs, atuantes em seus respectivos Centros/UBSs. Desses, estiveram aptos para participar tanto o médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente de combate a endemias, agente comunitário de saúde, quanto os profissionais de saúde bucal, no caso, o cirurgião dentista e o técnico e/ou auxiliar em saúde bucal. Por conseguinte, optou-se por calcular o tamanho da amostra necessária de profissionais para o estudo. Para essa determinação, foi utilizada a expressão da amostragem probabilística para população finita, dada por Stevenson (1991):

$$n = \frac{z^2 p(1-p)N}{e^2(N-1) + z^2 p(1-p)}$$

(1)

na qual,

N – Tamanho populacional

n – Tamanho da amostra

z – Estatística da distribuição normal

p – Proporção amostral

e – Erro amostral.

Considerando o tamanho da população $N=178$, um nível de confiança de 95% com erro amostral igual a 5% e, admitindo-se uma proporção amostral p igual a 0,50 (pelo fato de que sob condições de completa incerteza, revelar-se-á a maior quantidade de erro possível), o tamanho da amostra necessária para este estudo foi de $n = 122$ profissionais a serem pesquisados.

A vista disso, seu projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará CEP/UFC/PROPESQ, vinculado à Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação e aprovado sob parecer de 3.319.317, em maio de 2019. A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos contidos na Resolução nº 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Os dados foram coletados durante o expediente dos profissionais aptos nos próprios Centros/UBS e na Secretaria Municipal de Saúde durante as reuniões mensais de apuração da produção para o PMAQ – AB. Na ocasião, também foram entregues questionários para serem respondidos e devolvidos em momento posterior ao horário de trabalho. O período da coleta durou entre os meses de junho a setembro de 2019.

4 ANÁLISES E RESULTADOS

Para a análise dos resultados a partir do software de análise estatística de dados SPSS¹, foram feitas tabulações contendo as variáveis e suas categorias com os respectivos valores das frequências absoluta e relativa no que tange às respostas recebidas dos questionários. Para o grupo de variáveis sobre possíveis motivações e desmotivações, também foram utilizadas tabelas de referência cruzada para se observar o relacionamento dessas com as categorias profissionais. As situações achadas para os grupos de variáveis foram descritas nas subseções a seguir.

4.1 Perfil

A tabela 1 a seguir mostra a composição dos profissionais das EqSFs de Pentecoste que participaram do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019

Profissionais	Frequências	
	nº	(%)
Médico (a)	2	1,6
Enfermeiro (a)	11	9
Auxiliar/Técnico em enfermagem	16	13,1
Dentista	6	4,9
Técnico em Saúde bucal	4	3,3
Agente Comunitário de saúde	59	48,4
Agente C. a endemias	24	19,7
Total	122	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Verificou-se uma maior participação dos agentes comunitários de saúde (48,4%), mas, ao mesmo tempo, a menor participação dos profissionais médicos (1,6%), sendo seu número na amostra o mesmo para o real nas EqSFs do período estudado, conforme as informações da Coordenação da ESF no município.

A predominância dos agentes na EqSF é prevista pelo Ministério da Saúde, e tem sua distribuição pelo porte populacional do município assim como os médicos. Nesses, por sua vez, se observou lacunas diante de mais de 37.000 pentecostenses, pois na Atenção Básica cada médico por EqSF deve atender até 3.500 pessoas, (BRASIL, 2017), sendo necessário, de acordo com a população de Pentecoste, aproximadamente dez médicos, e não só dois.

¹ IBM SPSS Statistics 20. Originalmente *Statistical Package for the Social Sciences*.

A tabela 2, por sua vez, apresenta as variáveis que deram conta do delineamento do perfil sociodemográfico desses profissionais das EqSFs de Pentecoste. Os resultados são analisados a seguir. Adianta-se que, para a variável renda, um dos profissionais deixou de responder essa questão.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Variáveis	Frequências	
	nº	(%)
Sexo feminino	81	66,4
Idade de 23 a 35 anos	52	42,6
Renda de 1 a 2,5 SM	76	62,8
Escolaridade Ensino Médio	82	67,2

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Nas características gerais de perfil, destacou-se que a maioria dos profissionais das EqSFs de Pentecoste é do sexo feminino (66,4%), situa-se entre as faixas de idade dos 23 a 35 anos (42,6%), possui renda bruta mensal de até 2,5 salários mínimos (62,8%) e tem como escolaridade o ensino médio (67,2%).

No estudo sobre a feminização da força de trabalho no setor de saúde no Brasil, verifica-se a tendência, de décadas passadas a de 2000, do aumento na predominância de postos ocupados por mulheres na saúde, chegando a se ter uma força de trabalho com mais de 70% do total, sendo 62% de participação dos profissionais de nível superior e 74% nos níveis médio e elementar (WERMELINGER *et al.*, 2010). Machado (1986), explica essa feminização na saúde como a extensão dos cuidados domésticos e familiares no mundo do trabalho.

A questão da escolaridade até o ensino médio, observada para a boa parte dos profissionais das EqSFs, pode ser fortemente associada à composição maior da amostra pelos agentes comunitários e de endemias, categorias em que se exige minimamente esse grau para exercer a função (BRASIL, 2018). Morosine e Fonseca (2018), amparados nas avaliações de Pinto, Medina e Pereira *et al.*, evidenciam que, no Brasil, os agentes comunitários em 70,97% possuem o nível médio completo, enquanto 12,71%, o superior completo.

4.2 Características do trabalho e do ambiente de trabalho

Para as características do trabalho, a tabela 3 expõe a análise das variáveis que representaram aspectos desse vínculo nas EqSFs de Pentecoste. Três profissionais deixaram de responder à pergunta sobre tempo das últimas férias nessa dimensão.

Tabela 3 – Características do trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Variáveis	Frequências	
	n°	(%)
Tempo na EqSF de 7 anos ou mais	74	60,7
Forma do vínculo por concurso	107	87,7
Não atuação em mais de uma EqSF	106	86,9
Carga horária semanal de 40 horas	112	91,8
Tempo das últimas férias há 6 meses	70	58,8
Não possui outro trabalho além da EqSF	106	86,9

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Conforme os resultados, a maioria dos profissionais das EqSF atua há mais de sete anos na Atenção Primária do município (60,7%), possui forma de vínculo do contrato estável por concurso (87,7%), atua apenas em uma equipe de trabalho (86,9%), cumpre carga horária semanal de 40 horas (91,8%), com tempo das últimas férias há pelo menos 6 meses (58,8%), e não possuía outro trabalho além de atuar na EqSF (86,9%).

A idade profissional aliada ao tempo de atuação são aspectos que podem interferir na performance das equipes, sendo que os profissionais de mais idade e com mais tempo de trabalho tendem a ser menos resistentes e mais cooperativos nos processos em equipe (PERUZZO *et al.*, 2018). Por sua vez, o vínculo empregatício estável se encontra entre os fatores que intervêm no processo de implantação da ESF nos municípios brasileiros, nesse caso, tido como um dos aspectos facilitadores desse processo (SILVA; MEDEIROS, 2015).

Em continuidade, a tabela 4 expõe os resultados, desta vez, acerca da dimensão ambiente de trabalho desses profissionais. Deixaram de responder as questões três profissionais: sobre a contribuição dos recursos materiais, a classificação da qualidade, e a existência da avaliação interna; dois, sobre a oferta de cursos e adequação da estrutura do prédio de trabalho e, oito, no reconhecimento da educação premente.

Tabela 4 – Características do ambiente de trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Variáveis	Frequências	
	n°	%
Atuação na Zona urbana	64	52,5
Recebimento de cursos para formação/aperfeiçoamento profissional	70	58,3
Reconhecimento da Ed. Permanente em saúde	74	64,9
Contribuição dos recursos materiais do trabalho nos serviços	70	58,8
Estrutura do prédio de trabalho adequada a totalmente adequada	40	33,4
Serviços ofertados com qualidade adequada a totalmente adequada	83	69,8
Existência da avaliação interna de Desempenho	51	42,9

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Observou-se que dos profissionais das EqSFs de Pentecoste, pouco mais da metade, afirmou possuir origem de atuação na zona urbana (52,5%) que recebe cursos de capacitação (58,3%), reconhece o termo educação permanente em Saúde (64,9%) e que há a contribuição dos recursos materiais na prestação dos serviços (58,8%). Na percepção sobre a adequação da estrutura do prédio de trabalho, menos da metade a avaliou de adequada a totalmente adequada (33,3%). Já no senso sobre a qualidade dos serviços ofertados, mais da metade avaliou como adequada a totalmente adequada (69,7%). Por fim, sobre a existência da avaliação de desempenho interna, também, menos da metade dos profissionais afirmou que era empregada essa prática como auxílio em prol do alcance de resultados (42,9%).

Constata-se que, embora não sejam maioria em relação ao total, persistiram outros percentuais significativos de profissionais das EqSFs de Pentecoste que não contam com cursos de capacitação, não conhecem o que é educação permanente, não veem contribuição dos recursos materiais existentes para os serviços, nem adequação, seja na estrutura do prédio de trabalho ou na qualidade dos serviços prestados, como também não usam de práticas de avaliação interna e monitoramento do desempenho para melhor estruturar os serviços.

É extremamente reconhecida a importância dos processos pedagógicos para a formação dos profissionais de saúde, seja pela qualificação técnica ou pela prática da educação permanente por meio do processo ensino e aprendizagem, esta última, é tida como estratégica para o fomento da organização, da transformação e do surgimento de novos modelos assistenciais de saúde (FUNESA, 2011).

Quanto à situação da qualidade da Atenção Primária no Brasil, no quesito infraestrutura das UBS, reitera-se que, apesar dos avanços, ainda persistem muitos desafios e que para a superação desses, consiste como principal ponto de partida, o compromisso político para o financiamento adequado da ESF na Atenção Básica (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Para o exercício da prática avaliativa, é essencial a fundamentação sobre a perspectivas dos próprios profissionais de saúde na busca de um retrato ainda mais fiel da qualidade dos serviços, pois são eles os imergidos na realidade e dificuldades vivenciadas (SERAPIONE, 2009). Assim, salienta-se que, por essas perspectivas, pode surgir o foco de novos investimentos nos serviços, de novas formas de gestão, de ações mais estratégicas e sensíveis à população (LIMA *et al.*, 2016).

4.3 Motivações e desmotivações

Quanto ao modelo de gestão adotado, a tabela 5 traz as considerações a respeito do seu estímulo, contribuição e utilidade à prática profissional na perspectiva das categorias profissionais das EqSFs de Pentecoste. Deixou de responder essa questão um dentista, dois agentes de saúde e um agente de endemias.

Tabela 5 - Estímulo do modelo de gestão no ambiente de trabalho dos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Profissionais	Não estimula, a pouco estimula a participação		Estimula a estimula muito a participação		Total	
	nº	% (linha)	nº	% (linha)	nº	% (linha)
Médico (a)			2	100,0	2	1,7
Enfermeiro (a)	7	63,6	4	36,4	11	9,3
Téc. Enfermagem	4	25,0	12	75,0	16	13,6
Dentista	3	60,0	2	40,0	5	4,2
Téc. Saúde bucal	2	50,0	2	50,0	4	3,4
Agente C. Saúde	4	7,0	53	93,0	57	48,3
Agente C. a Endemias	3	13,0	20	87,0	23	19,5
Total	23	19,5	95	80,5	118	100,0

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Destacou-se que o modelo de gestão adotado no ambiente de trabalho, de forma geral, foi considerado, pela grande maioria dos profissionais do estudo, de estimulador a muito estimulador (80,5%). Porém, quando observado por categoria profissional, houve divisão de opiniões entre os técnicos de saúde bucal (50%), além de ter chamado atenção o fato de que os médicos participantes terem afirmado ser estimulador (100%), tal como a maioria dos técnicos em enfermagem (75%), dos agentes comunitários de saúde (93%) e agente de endemias (87%), ao passo que esse mesmo modelo foi tido de não a pouco estimulador para a maior parte dos profissionais da enfermagem (63,6%), e dos dentistas (60%).

O enfermeiro é considerado elemento chave na transposição para o novo modelo preconizado pela ESF, no entanto, a atribuição de várias atividades ao mesmo tempo, por vezes a absorção de novos papéis e possíveis lacunas no preparo para lidar com situações que requerem mais conhecimentos técnicos, tornam-se desafios. Dessa forma, recomenda-se o reconhecimento, a valorização e o oferecimento de aparatos que dirijam esses profissionais rumo à assistência eficaz e de qualidade (VIEGAS MAGALHÃES; VIEIRA, 2010).

Apontamentos revelam, entre as dificuldades de atuação dos cirurgiões-dentistas da ESF, a sobrecarga de trabalho, a insegurança e a falta de compromisso da gestão, fatores esses que culminam em desmotivação aos profissionais e na descrença de pacientes quanto aos serviços prestados. Para evitar tais situações, é proposto o diálogo entre os gestores e esses profissionais no que tange, entre outras pautas, à estruturação dos serviços e a consideração do perfil das demandas (SILVA *et al.*, 2011).

Ainda fazendo parte da dimensão motivação e desmotivação, e igualmente vista por categorias profissionais, a tabela 6 expressa a visão sobre o atendimento às demandas da população pela qual são responsáveis no território. Deixaram de marcar alguma opção dessa questão quatro agentes comunitários de saúde.

Tabela 6 – Perspectivas de suprimento às demandas da população pelos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Profissional	Sim		Não		Total	
	nº	% (linha)	nº	% (linha)	nº	% (linha)
Médico (a)	2	100	0	0	2	1,7
Enfermeiro (a)	8	73,0	3	27,0	11	9,3
Téc. Enfermagem	13	81,3	3	18,7	16	13,6
Dentista	2	33,3	4	66,7	6	5,1
Téc. Saúde bucal	1	25,0	3	75,0	4	3,4
Agente C. Saúde	35	63,6	20	36,4	55	46,6
Agente C. a Endemias	13	54,2	11	45,8	24	20,3
Total	74	62,7	44	37,3	118	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Como resultado, mais da metade dos profissionais das EqSFs afirmou atender as demandas da população (62,7%), contudo, quando observado por categoria profissional, a maioria dos dentistas (66,7%) e técnicos em saúde bucal (75%) afirmou não conseguir atender tais demandas, assim como um número relevante de agentes comunitários de saúde (36,4%) e agente de combate a endemias (45,8%).

O agente comunitário de saúde é tido como mediador entre as necessidades da população e os serviços da equipe multiprofissional no território, nesse contexto, estudos apontam que as principais dificuldades encontradas vão desde a falta de limites no dimensionamento de suas atividades à percepção da impotência de resolver os problemas de toda a comunidade pela qual é responsável, o que, nesse caso, já são implicações de outras lacunas na estruturação dos serviços (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, (2018). Em complementariedade, o papel do agente de endemias na ESF representa integração e fortalecimento da vigilância na Atenção Básica, entretanto, dificuldades na abordagem de

temas e a recusa das visitas domiciliares aparecem como entraves à entrega de mais resolubilidade, efetivação e parceria com a comunidade em busca da promoção à saúde (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016).

Quanto as perspectivas a respeito da própria relação com o trabalho, da relação com outros atores próximos e de elementos intrínsecos que fazem parte desse processo, a tabela 7 manifesta a visão dos profissionais das EqSFs de Pentecoste. Três profissionais deixaram de responder as perguntas sobre ser agente de mudança, ser reconhecido pela equipe, e consideração da adequação da carga horária e salário, enquanto dois deixaram em branco sobre ser responsável por melhorias ao SUS e ter seu papel reconhecido pelos usuários.

Tabela 7 – Perspectivas do trabalho pelos profissionais das EqSFs, Pentecoste, Ceará, 2019.

Variáveis	Frequências	
	nº	%
Considera-se agente de mudança no trabalho	114	95,8
Considera-se capaz e responsável por trazer melhorias ao SUS	117	97,5
Considera que os usuários reconhecem os serviços	91	75,8
Considera-se reconhecido pela equipe	95	79,8
Considera a carga horária e salário satisfatórios	45	37,8

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo de campo.

Notou-se que dos profissionais das EqSFs de Pentecoste quase o todo se considerou como agente de mudança no trabalho (95,8%) e capaz e responsável por trazer melhorias ao SUS (97,5%), enquanto mais da metade, significativamente, considerou-se reconhecido pelos usuários nos serviços prestados (75,8, %) e pela equipe de trabalho (79,8%). No entanto, menos da metade considerou o salário e a carga horária de trabalho satisfatórios (37,8%).

Identificou-se que, quanto à própria relação com o trabalho, os profissionais das EqSFs de Pentecoste têm boa perspectiva. No entanto, quando passa para a relação com outros atores envolvidos nesse processo, essa percepção diminui um pouco, mais ainda quando toca na relação com os elementos salário e carga horária de trabalho.

No âmbito das equipes da ESF, a cooperação mútua e a consciência de papéis levam à satisfação e à motivação no trabalho, o que, por consequência, pode gerar maior resolutividade e eficiência desses profissionais (NAVARRO; GUIMARÃES; GURANHANI,

2013). A prioridade na comunicação e na boa relação entre gestores, equipes e usuários são tidos como elementos às melhorias do trabalho em equipe (KELL; SHIMIZU, 2010).

Por outro lado, a carga horária tida como excessiva e a existência dos baixos salários na ESF são vistos como entraves ao fazer individual e coletivo e são pontos de descontentamento que podem levar ao desgaste dos trabalhadores, o que embasa a necessidade imediata de valorizar esses indivíduos com investimentos em salários e em planos de trabalho que assegurem o equilíbrio do exercício coletivo multiprofissional (LIMA *et al.*, 2014).

Sob a perspectiva dos próprios profissionais das EqSFs de Pentecoste, foram observadas situações na busca de se aproximar dos possíveis fatores motivadores e desmotivadores que podem influenciar na maneira final em como são ofertados os serviços para a população, considerados estratégicos na Atenção Básica. No entanto, sem esgotar a discussão, no capítulo seguinte outros estudos são abordados a fim de verificar o diálogo entre resultados encontrados nesse estudo.

5 DISCUSSÕES

Esse capítulo trata de discussões em diferentes escalas sobre desafios e potencialidades da gestão do trabalho na ESF e que também se relacionam com os resultados encontrados no estudo em particular. Pode-se afirmar que a referida temática é tida atualmente como uma agenda imposta e necessária que deve caminhar lado a lado para a efetivação dos serviços à população pelos profissionais de saúde, o que leva a impactar também nas diferentes Redes de atenção do SUS.

5.1 Desafios e potencialidades da Gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Por meio de um balanço no relatório de comemoração aos 30 anos do SUS, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), de forma geral, traz, entre os desafios encontrados, a persistência da insuficiência de trabalhadores diante do que é preciso ao Sistema e as lacunas na formação profissional adequada às necessidades dos serviços. A esse cenário, o relatório aponta que para a sua superação é importante garantir “recursos humanos preparados, motivados e com vínculo empregatício mais estável em todo o Sistema” (OPAS, 2018, p. 7).

No que toca especificamente à Atenção Primária à saúde, o documento destaca sua elementaridade para aprontar as demais Redes, ao trazer mais equidade e resolução aos serviços, pois o enfoque na medicina familiar e comunitária e nas ações sobre os fatores de saúde são vistos como catalizadores. Dessa forma, a organização de saúde recomenda sua expansão e qualificação (OPAS, 2018).

Sob outra perspectiva de análise, Cecilio e Reis (2018), além de considerarem a crise existente no perfil e qualificação profissional do trabalhador, mais a falta de médicos e o subfinanciamento da saúde, enfatizam que a formulação da política de Atenção Básica, tão completa, e complexa ao mesmo tempo, sofre um deslocamento na sua implementação ao esbarrar em diferentes realidades das equipes nos mais de 5000 municípios brasileiros.

Nesse sentido, no estudo sobre a implantação da ESF nos municípios do Nordeste, Carvalho *et al.*, (2019) elucidam que até o ano de 2017 houve aumento do número de EqSFs na região, mas é constatada uma diferença entre o número de equipes cadastradas, credenciadas e implantadas, evidenciando, dessa forma, o desencontro entre as necessidades locais e o planejamento e execução das ações pelos gestores. Os autores verificam ainda uma sobrecarga diante da cobertura e concluem que essa implantação desigual da Atenção Básica

do Nordeste pode ser associada à capacidade financeira dos municípios e à distribuição de profissionais, principalmente médicos, o que conferem ser desafios para a sua consolidação (CARVALHO *et al.*, 2019).

Ao serem realizadas reflexões sobre a questão do financiamento da Atenção Básica no âmbito dos diferentes portes municipais brasileiros, possíveis respostas se voltam para a possibilidade de reformas no modo atual utilizado, prevendo uma ampliada participação federal e estadual, mas usando como critério de destinação dos recursos as necessidades regionais e locais, ao invés do recebimento de pacotes programáticos (CECILIO; REIS, 2018).

Estudos no estado Ceará, um no município de Fortaleza e outro no de Juazeiro do Norte, desvelaram a existência de fatores que levam à satisfação e à insatisfação dos profissionais da ESF nessas regiões. No primeiro, a fonte de insatisfação para a maioria dos profissionais adveio do salário considerado baixo, dos indicadores e dos resultados ruins da equipe pela falta de organização e planejamento, da falta de manutenção da unidade de saúde, e da qualidade dos treinamentos e cursos de capacitação (NOGUEIRA *et al.*, 2019). No segundo também apareceram problemas de falta de estrutura das unidades e de outras ordens, como a alta demanda pelo atendimento profissional do médico, a ausência do engajamento desse profissional nas ações da equipe, absorção de mais atribuições e sobrecarga de trabalho às enfermeiras por conta de outras ausências profissionais, a sobrecarga dos agentes de saúde na cobertura das famílias, a falta de transporte no suporte às visitas domiciliares e a ausência de outros recursos como os medicamentos (GOMES; SILVA, 2011).

No que tange ao suporte das ações de planejamento para as atividades das equipes cearenses da ESF, na análise dos resultados do primeiro Ciclo de avaliação do PMAQ-AB ocorrido em 2012, evento que verificou o desempenho do uso das estratégias recomendadas para melhoria no acesso e qualidade dos serviços, Carvalho *et al.* (2016) verificam que a maioria das equipes afirmaram fazer a autoavaliação profissional a fim de organizar a equipe, ter recebido apoio da gestão para discutir o monitoramento e executá-lo, e análise dos indicadores em reuniões. No entanto, apesar dos resultados gerais terem sido positivos, os autores enfatizam que desagregados, conforme o porte dos municípios, os resultados variaram, entre outros, na presença insuficiente da educação permanente para contemplar as demandas dos municípios considerados de pequeno porte. Todavia, o estudo reconheceu a força do PMAQ - AB para estimular transformações nas equipes de saúde e nas gestões municipais (CARVALHO *et al.*, 2016).

Nos apontamentos da inserção da educação permanente, de forma organizada, planejada e apoiada pela gestão, no cotidiano da ESF, afirma-se que os benefícios advindos dessa prática para os serviços podem ser muitos. Por meio de suas metodologias ativas de participação e problematização a partir da realidade vivida por cada equipe, possibilita trocas de conhecimento, melhoramentos nos processos de trabalho, sendo uma constante de aprendizagem que traz maior integração às equipes e transforma o significado dos espaços de reunião, gerando mais horizontalidade nas relações (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Por meio desse apanhado, é possível verificar que os trabalhadores das EqSF da ESF enfrentam diferentes circunstâncias de trabalho atreladas às condições de execução disponíveis no seu contexto que, marcadas pela ausência ou presença de recursos de diferentes ordens, podem afetar esse trabalhador de saúde e também o modo do processo de entrega e resultado final dos serviços prestados.

5.2 Desafios e potencialidades da Gestão do trabalho das Equipes de Saúde da Família de Pentecoste

Nas análises do presente estudo, pela perspectiva dos trabalhadores das EqSFs do município de Pentecoste, foi evidenciado que, assim como em outros lugares explorados por estudos semelhantes, os possíveis fatores que intervêm na motivação e desmotivação no fazer dos serviços pelos profissionais são de várias fontes e podem chegar de diferentes sentidos, seja da própria escala local, regional ou de ações ainda mais externas.

No que concerne à desmotivação, e confirmadas pelas diversas evidências da literatura consultada, a situação da infraestrutura, a ausência de investimentos e recursos, por vezes a desintegração das equipes nos processos de trabalho, a demanda excessiva de trabalho, os baixos salários, as lacunas na preparação dos profissionais para lidar com as exigências das políticas de saúde e das realidades da atuação, são fatores que podem minar o compromisso dos profissionais das EqSFs de Pentecoste.

É verificado que na composição dessas equipes em estudo durante a investigação, a pouca presença dos médicos evidenciou ser um desfalque nas ações integrativas de atenção da ESF em Pentecoste. O período, no entanto, acredita-se ser um reflexo da saída dos médicos cubanos após o encerramento do acordo entre Cuba e Brasil, organizado pela OPAS para o arranjo do Programa Mais Médicos, fato que teve como desfecho para o SUS, a tarefa de

recolocar médicos a atender mais de 23 milhões de pessoas em diversos municípios brasileiros (LIMA; CARVALHO; COELI, 2019).

No que tange à insatisfação por boa parte dos profissionais das equipes com a relação entre a carga horária trabalhada e salários recebidos, pode ser considerada efeito de uma agenda de lutas observada a nível nacional em que Machado e Ximenes Neto (2018) entendem como momentos difíceis diante do contexto de retorno das reformas de encolhimento do Estado vigentes nos anos 90.

As deficiências de cobertura no atendimento às demandas da população, por quase a maior parte dos agentes comunitários, podem estar associadas, como foi visto, à distribuição desigual do cumprimento das tarefas em toda a equipe e na distribuição insuficiente de profissionais no território (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018), assim como o mesmo percebido pela maioria dos cirurgiões-dentistas e, somado ao desestímulo advindo do modelo de gestão do ambiente de trabalho, podendo estar vinculado à falta de diálogo e integração com a gestão sobre suas necessidades nos processos de trabalho (SILVA *et al*, 2011).

Esse desestímulo, que também recai sobre a enfermagem, pode estar associado, assim como também foi pautado, à ausência de outros profissionais da equipe à frente de atividades, como por exemplo, o profissional médico nesse caso, e à sobrecarga de atividades administrativas além das demais às quais já é responsável (FERNANDES; CORDEIRO, 2018).

A avaliação significativa pelos profissionais dessas equipes para a estrutura do prédio de trabalho e para a qualidade dos serviços de inadequada a pouco adequada, releva percalços para a estruturação da ESF no município. Tal situação compromete a oferta dos serviços existentes, já percebida em escala reduzida frente à demanda, acrescentando-se a dificuldade de tornar os processos de trabalho melhores e de maior alcance, questões reconhecidas com um grande desafio da ordem de investimentos para a Atenção Primária. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Os resultados dessa percepção pelos profissionais das EqSFs, no presente estudo, também são partes do que também foi verificado na última classificação obtida pelas equipes de Pentecoste na avaliação pelo PMAQ – AB, quanto ao cumprimento dos padrões gerais, essenciais, e estratégicos de qualidade. Como podemos ver no quadro 2 a seguir, apenas 2 das equipes de toda a Atenção Básica de Pentecoste obtiveram desempenho considerado “Muito bom”, enquanto a maioria “Bom”, e as demais situadas em “Ruim” e “Regular”, de uma escala que vai de Ruim a Ótimo.

Quadro 2 - Classificação das equipes de Pentecoste de acordo com o desempenho alcançado na 2ª Lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ-AB, 2019.

Tipo de equipe da certificação	Nº de equipes	Classificação	Descrição dos critérios para classificação da equipe
ABSB	2	Muito bom	Equipe com nota > 7 < 8
ABSB	9	Bom	Equipe com nota > 6 < = 7
Tipo de equipe da certificação	Nº de equipes	Classificação	Descrição dos critérios para classificação da equipe
ABSB	1	Ruim	Equipe não atingiu 90% dos Padrões Essenciais
AB	1	Bom	Equipe com nota > 6 < = 7
AB	1	Regular	Equipe com nota > 4 < = 6
NASF1	1	Regular	Equipe com nota > 4 < = 6
NASF1	1	Ruim	Equipe realizou menos de 4 dos padrões essenciais.
Total	16		

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde.

Entre os padrões avaliados, estiveram presentes as dimensões de Estrutura e condições de funcionamento das UBS, valorização dos trabalhadores e acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2019). Esses dados confirmam as deficiências observadas pelos trabalhadores nesse estudo e o desafio existente de transpor falhas que interferem na prestação de serviços integrais. No entanto, ressalta-se a presença do PMAQ-AB como um esforço existente no município em alterar essa realidade por meio do uso adequado de aparatos de gestão.

Quanto às motivações dos profissionais das EqSFs de Pentecoste, evidenciam-se o reconhecimento pelos usuários dos serviços prestados, pela própria equipe de trabalho, o autorreconhecimento do papel de agente de mudança nos serviços e de responsável por melhorias ao SUS, como potenciais razões que, mesmo diante das dificuldades encontradas, os incentivam a serem ativos e engajados até onde vão seus esforços para a operacionalizar as ações de saúde da Atenção Básica. Esses mecanismos de interação, se cultivados e arranjados a favor dos serviços, podem reforçar o equilíbrio e a integração na execução de tarefas que no final são guiadas por objetivos comuns (LIMA *et al.*, 2014).

Demais pontos ativos analisados, mas que ainda precisam ser melhor consolidados, são as presenças tanto da educação permanente, quanto dos cursos de capacitação técnica. Estes podendo ser ponte para o adquirir e aprimorar conhecimentos, competências e habilidades laborais. Aquela, para elevar a um grau, ainda maior, a corresponsabilização existente percebida nos profissionais dessas equipes, pois se trata de

uma estratégia referenciada para a apropriação dos serviços e que pode trazer constantemente melhorias à qualidade das ações da Atenção Primária (FERREIRA *et al.*, 2019).

Além dos fatores do ponto de vista das interações subjetivas, considerados como motivadores e desmotivadores, é possível verificar que as condições externas disponíveis, como recursos materiais, financeiros e técnicos, também influem no resultado final dos serviços dos trabalhadores das EqSFs da ESF em Pentecoste. Diante disso, observa-se que diferentes esforços são necessários para que esses profissionais sejam totalmente aptos e engajados nos serviços e que, assim, possam melhor contribuir para o fortalecimento de outras políticas de saúde do SUS.

O trabalho em equipe na ESF é um desafio, mas pode e deve ser considerado como um diferencial para o alcance da qualidade nos serviços ofertados (SILVEIRA; OLIVEIRA; SENA, 2011). No caso das EqSFs de Pentecoste, esse estímulo ao engajamento já pode ser fortalecido a partir do âmbito local da gestão, pela busca da estruturação de capacitações técnicas de acordo com as necessidades observadas, aliada à prática dinâmica da educação permanente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível acompanhar os debates que fomentam a temática da gestão do trabalho nas equipes multiprofissionais da ESF e, de forma mais específica, aproximar-se dos fatores motivadores e desmotivadores que podem comprometer a organização do trabalho e a atuação desses profissionais.

A importância do estudo da gestão do trabalho, e a motivação dos profissionais, sobretudo para as EqSFs da Atenção Básica, fundamenta-se pela essencialidade que essa rede tem em ser a base comunicativa para as demais políticas públicas de saúde do SUS. Por meio da disponibilidade adequada dessas equipes nos territórios é possível uma atuação preventiva, ao invés de paliativa, na redução de agravos para a saúde individual e comunitária.

Mediante à discussão dos conceitos associados à ESF, à gestão e motivação do trabalho e do delineamento do perfil dos profissionais das EqSF Pentecoste, da análise das características e do ambiente laboral, aferiu-se a existência de fatores motivadores e desmotivadores que podem afetar o desempenho das funções desses trabalhadores no município em estudo.

Verificou-se que muitos são os obstáculos internos e externos que as EqSFS enfrentam para executar, de forma adequada, a PNAB, tendo vista as particularidades de cada território abrangido. Tais impedimentos podem partir tanto do uso inconsciente dos mais diversos instrumentos de gestão, das lacunas de capacitação para a atuação profissional, da infraestrutura e recursos materiais escassos para o que pede essa política pública, quanto da falta de financiamento adequado para se acompanhar as demandas de saúde da população.

Constata-se, por meio da disposição das discussões que mesmo após 30 anos de existência do SUS, e dentro desses, 25 anos da concepção da então ESF, originalmente o PSF, falhas persistentes na organização e no fortalecimento de processos de trabalho, minando a possibilidade de serem mais integrados e resolutivos para acompanhar, da melhor forma possível, às necessidades sanitárias de uma comunidade adstrita.

Assim como foi visto nas EqSFs de Pentecoste, observa-se que equipes incompletas, a ausência de diálogo entre a gestão local, a sobrecarga de trabalho, mesmo pela alta demanda ou por falta de dimensionamento no planejamento das equipes, a desvalorização do trabalho, em suma, o descompasso entre o foco de tudo o que é realmente preciso e o que é direcionado, podem incidir na motivação e leva à desmotivação dos profissionais, o que vai

de encontro à utilidade proposta pelos serviços da Atenção Primária, podendo refletir uma qualidade com patamar insatisfatório.

No entanto, apesar de vários problemas terem sido suscitados, a esse bojo de motivações e desmotivações, adicionam-se às boas expectativas acerca da relação com próprio trabalho, e às relações positivas dentro das EqSFs, e dessas com os usuários, a adoção de tecnologias como a capacitação técnica ampliada em cima das dificuldades encontradas, e o exercício da educação permanente para melhor reorganizar o trabalho em equipe, podendo ser esses fatores admitidos para estimular o engajamento e, assim, trazer melhorias constantes aos serviços prestados por esses profissionais.

Com base no que foi apresentado, observa-se que o presente estudo conseguiu alcançar o objetivo de verificar quais os fatores motivadores e desmotivadores das EqSFs de Pentecoste, utilizando-se de um questionário como instrumento de coleta com variáveis ancoradas a partir de referências, e o pacote estatístico SPSS para a organização dos dados e realização das análises. Observa-se, entretanto, a necessidade de melhoramentos ao instrumento utilizado, como maior padronização das escalas de resposta das variáveis, sua reorganização para a aplicação por dimensões bem definidas quanto às variáveis que as compõem, e uma elaboração mais refinada para as perguntas, diminuindo o tempo necessário para sua aplicação, e lhe trazendo mais objetividade.

Ressalta-se também as dificuldades enfrentadas na execução da parte de campo da pesquisa, como o alcance da participação das EqSFs que se situavam nos Centros ou UBSs da Zona rural, uma vez que eram locais distantes e com horário de funcionamento reduzido, e dos agentes comunitários devido à atuação dispersa nos territórios. Leva-se em conta, ainda, o receio dos profissionais em responder o questionário, demandando algum sinal inicial da aceitação por parte de alguns gestores da saúde municipal e, por vezes, do enfermeiro responsável pelo Centro ou UBS, para então participar da pesquisa. Assim, sem esgotar o assunto, recomenda-se o aprofundamento com novos estudos acerca de mais características da relação entre os profissionais das EqSFs de Pentecoste e alguns atores pontuais que ocupam cargos de direção no âmbito da ESF do município.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, 2018, p. 52:14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2019.
- ATLAS BRASIL 2013. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. **Consulta**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 25 out. 2019.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BARROS, I. C. **A importância da estratégia Saúde da Família: contexto histórico**. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Atenção Básica. **Funções AB RAS**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=funcoes_ab_ras>. Acesso em: 04 dez. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 13 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 -a. 2. ed. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 07 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. Acesso em: 15 nov. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Caderno 1 A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: DF, Presidência da República. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 11 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 3º Ciclo**. 2019. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CARVALHO, F. C. D.; *et al.* Modificações nos indicadores sociais da Região Nordeste após a implementação da Atenção Primária. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(2) Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/0102-6909-tes-17-2-e0018925.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CARVALHO, M. F.; *et al.* Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: estratégias utilizadas em dois estados nordestinos. **Rev. Gest.Saúde** (Brasília) Vol.07 (Supl. 1), jul. 2016. p 875-88. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/313850969_Programa_de_Melhoria_do_Acesso_e_Qualidade_da_Atencao_Basica_estrategicas_utilizadas_em_dois_estados_nordestinos>. Acesso em: 10 de nov. 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Coordenadorias regionais**. Fortaleza: Secretaria da Saúde. 2018-a. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

_____. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil Municipal 2017 Pentecoste**. Fortaleza: IPECE, 2018-b. Disponível em: < https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Pentecoste_2017.pdf> Acesso em 02 dez. 2018.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(8). Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2003.

COTTA R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais de Programa da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv Saúde**, v.

15, n. 3, p. 7-18, jul/set 2006 Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís/Maranhão, ago. 2011. Disponível em:
 <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSESEDESAFIOSDASPOLITICASDASEGURIDADESOCIAL/ESTRATEGIASAÚDEDAFAMILIAREFLEXAOSOBREALGUMASDESUASPREMISSAS.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2018.

DATASUS. **Ministério da Saúde**. Disponível em:
 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipece>>. Acesso em: 29 set. 2019.

DOMINGUEZ, B. C. A despreciação é urgente. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 08-11, jun. 2006. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_46.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DAVI, G. C.; SHIMUZI, H. E.; SILVA, E. N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 39, N. Especial, P. 232-245, Dez 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00232.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 208-223, setembro 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

FELSKY *et al.* Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 102-110, jan-mar, 2016. Disponível em:
 <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15141/10722>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(1):194-202, jan., 2018. Disponível em:
 <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23311/25979>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0223.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. **Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da Análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. Curso de Especialização em Gestão e Política de RH para o SUS. Recife: Fiocruz, 2006. Disponível em:

<http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/politica_rh_analise_cns.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

FRANCISCHINI, *et al.* A importância do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, jan/dez, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62/28>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

Fundação Estadual de Saúde - FUNESA. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 2 /Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011. Disponível em: <https://www.funesa.se.gov.br/wpcontent/uploads/2019/01/Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente-Volume-2_aprendiz.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

GALAVOTE, H. S. *et al.* A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

GOMES, F. N. *et al.* O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(1): 36-44, jan-mar, 2016.

GOMES; F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de Atenção Primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):893-902, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a21v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019

GUADAGNIN, E. **O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28022014142055/publico/EduardoGuadagnin.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. B. The motivation to work. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1959. Tradução de Orlando Nogueira. Disponível em: <http://www.cra.rj.adm.br/publicacoes/textos_classicos/The_Motivation_to_Work_Traduzido/files/assets/basic-html/index.html#page1>. Acesso em: 20 set. 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Malhas Territoriais**. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>>. Acesso em: 25 out. 2019.

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. **Nota técnica nº 67**. Índice Comparativo de Gestão Municipal (ICGM) dos municípios cearenses – 2016. Fortaleza – Ceará: Ipece, 2018. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/NT_67.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

JORGE, A.C. Desenvolvimento da Síndrome de Burnout em enfermeiros: fatores associados ao ambiente de trabalho. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza: UECE, 2018. 204p.

JUNQUEIRA, *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/14.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1533-1541, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, Out/Dez, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

LACAZ, *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):253-263, fev., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

LIMA, D. L.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00237418.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2019.

LIMA, F. A. L. *et al.* Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes Saúde da Família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24 n.1, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery** v.18 n.1, Jan-mar 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>>. Acesso em 27 set. 2019.

Machado MH. A participação da mulher no setor da saúde no Brasil: 1970-1980. **Cadernos de Saúde Pública** 1986; 2(4):449-465. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a05.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. A Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde do Brasil: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 23, não. 6, pp. 1971-1979, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2007.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

MENDONÇA *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 5, p. 2355-2365, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

MOROSINE, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na tenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, setembro 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0261.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

MOYSES, N. M. N. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Div. em Saúde para Deb**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, maio 2010. Disponível em:

<http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbriuDocumento.aspx?cd_documento=1821>. Acesso em: 13 nov. 2018.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GURANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Min Enferm.** 2013 jan/mar; 17(1): 61-68. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 27 set. 2019.

NOGUEIRA, F. J. S. *et al.* Satisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza (CE). **Saúde e Pesqui.** 2019 jan-abr; v.12 n.1: p.151-158. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6557/3387>>.

Acesso em: 11 nov. 2019

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de combate às endemias e o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Rev. Bras. Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(3): 380-389, jul./set., 2016. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/408/40849134010.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**

Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PEREIRA, L. D. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a10.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20170372, ago. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400205&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PIALARISSI, R. Precarização do Trabalho. **Rev. Adm. Saúde** Vol. 17, Nº 66, Jan. – Mar. 2017.. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11/22>>.

Acesso em: 14 nov. 2018.

PIERANTONI C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838219005.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2018.

PINHEIRO; G, E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 4, p. 187-197, dez 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0187.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2019.

RIZZOTTO M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, vol.38, n. spe, p. 237-251, out 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>>. Acesso em: 09. nov. 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov/dez 2005. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 15 nov.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SANTINI, *et al.* Dos ‘recursos humanos’ à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, maio/ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00065.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SANTOS *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. 2015, jan/ mar; v. 18 n.1: 39-49, 2015. Disponível em; <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15469>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, p. 65-82, Junho 2009. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/33781>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

SILVA *et al.* A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVA, C. S.; SILVA, A.T. M.C.; BRAGA, J. E. F. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. **R bras. ci. Saúde**, v. 13, n. 3, p. 23-30, 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/caf1/ec7f3383e7ff4ba7e9de8d0d84d6952e28ff.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2005. Disponível em:

<[https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia de pesquisa e elaboracao de teses e dissertacoes_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVEIRA; M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, R. R. O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: implicações para a promoção da saúde. **remE – Rev. Min. Enferm.**;15(2): 196-201, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=20322&indexSearch=ID>>. Acesso em: 06 nov. 2019.

SORATTO *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. 1 – 11, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e2500016.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SOUZA, C. D. F. Programa Saúde da Família - PSF: a ação do Estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. **Hygeia** v. 10, n. 18, p. 207 - 215, Jun/2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/24734/14860>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

STEVESON, William J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 2001.

TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, 41(spe2), 140–151, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0140.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2 p. 7-14, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1283.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

VIANA *et al.* Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto brasileiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00094.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

WERMELINGER, M. *et al.* Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Acesso em 06/11. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminilizaodomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019

APÊNDICES

APÊNDICE A –Instrumento de coleta de dados

ORIENTAÇÕES: Este questionário contém 36 perguntas. Cada pergunta possui apenas um item como resposta. Marque com um “x” a opção do quadradinho que corresponder melhor a sua realidade, seja pessoal ou profissional e do seu ambiente de trabalho.
Sua participação é de fundamental importância para esta pesquisa. Desde já, muito obrigada por sua colaboração!

1. Você é do sexo:		
	1	Feminino
	2	Masculino

2. Qual a sua idade?		
	1	De 18 a 25 anos
	2	De 26 a 30 anos
	3	De 31 a 35 anos
	4	De 36 a 40 anos
	5	De 41 a 45 anos
	6	De 46 a 50 anos
	7	De 51 a 55 anos
	8	De 56 a 60 anos
	9	De 61 a 65 anos

3. Você se considera de que Raça ou Cor?		
	1	Branco(a)
	2	Pardo(a)
	3	Preto(a)
	4	Indígena
	5	Amarelo(a)

4. Qual a sua Religião?		
--------------------------------	--	--

	1	Católico(a)
	2	Evangélico(a)
	3	Espírita
	4	Umbanda
	5	Candomblé
	6	Outra
	7	Não tenho

5. Qual seu Estado civil?		
	1	Solteiro(a)
	2	Casado(a)
	3	União consensual
	4	Separado(a)/Desquitado(a)/Divorciado(a)
	5	Viúvo (a)

6. Você tem filhos?		
	1	Sim
	2	Não

7. Você mora com quem?		
	1	Pais
	2	Cônjuge
	3	Em casa de outros familiares
	4	Em casa de amigos
	5	Sozinho
	6	Outros

8. Sua renda bruta mensal é de quantos Salários Mínimos (SM)?		
	1	Até 1 SM
	2	De 1 a 2,5 SM
	3	De 2,5 a 3,5 SM

	4	De 3,5 a 4,5 SM
	5	Mais de 4, 5 SM

9. Qual a sua escolaridade?		
	1	Ensino Fundamental
	2	Ensino Médio
	3	Graduação
	4	Especialização
	5	Mestrado
	6	Doutorado
	7	Pós-doutorado

10. Que tipo (s) de instituição você frequentou em maior número de anos considerando sua escolaridade atual?		
	1	Pública
	2	Privada
	3	Pública e privada, igualmente.

11. Qual o grau de escolaridade do seu pai?		
	1	Analfabeto
	2	Fundamental incompleto
	3	Fundamental completo
	4	Ensino médio incompleto
	5	Ensino médio completo
	6	Superior incompleto
	7	Superior completo
	8	Pós-graduação
	9	Não sei informar

12. Qual o grau de escolaridade da sua mãe?		
	1	Analfabeta

2	Fundamental incompleto
3	Fundamental completo
4	Ensino médio incompleto
5	Ensino médio completo
6	Superior incompleto
7	Superior completo
8	Pós-graduação
9	Não sei informar

13. Qual era/é a atitude da sua família em relação a motivar você nos seus estudos e formação profissional?	
1	Nenhum incentivo
2	Pouco incentivo
3	Total incentivo
4	Outra

14. Que profissional você é enquanto integrante da equipe de Saúde da Família (ESF) em Pentecoste?	
1	Médico
2	Enfermeiro
3	Tec. Enfermagem
4	Dentista
5	Téc. em Saúde Bucal
6	Agente Comunitário de Saúde
7	Agente de C. a Endemias

15. Qual a forma de vínculo do seu contrato de trabalho enquanto profissional da ESF ?	
1	Concursado (a)
2	Contrato temporário
3	Outro.

16. Há quanto tempo você faz parte das equipes multiprofissionais da ESF em Pentecoste?

1	Menos de 1 ano
2	De 1 a 2 anos
3	De 2 a 3 anos
4	De 3 a 4 anos
5	De 4 a 5 anos
6	De 5 a 6 anos
7	7 ou mais anos

17. Você faz parte de mais de uma equipe ESF em Pentecoste?

1	Sim
2	Não

18. Você, enquanto participante da ESF, presta serviços em que região de Pentecoste?

1	Zona Urbana
2	Zona Rural
3	As duas, Urbana e Rural

19. Você tem outro trabalho remunerado além da integrar a ESF em Pentecoste?

1	Sim
2	Não

20. Caso sua resposta tenha sido afirmativa na questão anterior, seu outro trabalho é da iniciativa pública ou privada?

1	Pública
2	Privada

21. Qual a sua carga horária semanal de trabalho?	
1	20h
2	40h
3	Mais de 40 h
4	Nenhuma das anteriores

22. Há quanto tempo aconteceu suas últimas férias de trabalho da ESF?	
1	Há 6 meses
2	Há 1 ano
3	Há 2 anos

23. Você acha que o modelo de gestão adotado no seu ambiente de trabalho:	
1	Não estimula minha participação, não facilita meu processo de trabalho e não está sendo útil na minha pratica profissional
2	Pouco estimula minha participação, pouco facilita meu processo de trabalho e está sendo pouco útil à minha pratica profissional
3	Estimula minha participação, facilita meu processo de trabalho e está sendo útil à minha prática profissional
4	Estimula muito a minha participação, facilita bastante meu processo de trabalho e está sendo muito útil à minha prática profissional

24. Você se considera um agente de mudanças no seu ambiente de trabalho?	
1	Sim
2	Não

25. Você se considera capaz e responsável por trazer melhorias ao Sistema Único de Saúde (SUS)?	
1	Sim
2	Não

26. No seu ambiente de trabalho são ofertados cursos que contribuem para a sua formação e/ou aperfeiçoamento de habilidades profissionais?	
1	Sim
2	Não

27. Caso sua resposta à pergunta de nº 26 tenha sido afirmativa, na sua opinião, os cursos ofertados no seu ambiente de trabalho:	
1	Não se relacionam com a minha prática profissional e não contribuem em nada para a melhoria de meus conhecimentos
2	Pouco se relacionam com minha prática profissional e pouco contribuem para a melhoria dos meus conhecimentos profissionais
3	Relaciona-se com minha prática profissional e contribuem para a melhoria dos meus conhecimentos profissionais
4	Relaciona-se totalmente com a minha prática e contribuem bastante para a melhoria de meus conhecimentos profissionais

28. Você já ouviu falar em Educação Permanente em Saúde?	
1	Sim
2	Não

29. Você considera que a estrutura do seu	
--	--

prédio de trabalho é:	
1	Inadequada
2	Pouco adequada
3	Adequada
4	Totalmente adequada

30. Você considera que os recursos materiais do seu ambiente de trabalho:	
1	Não contribuem para a prestação dos serviços
2	Pouco contribuem para a prestação dos serviços
3	Contribuem para prestação dos serviços
4	Contribuem totalmente

31. Você considera que sua equipe de Saúde da Família consegue atender às demandas da população sobre a qual estão responsáveis no território?	
1	Sim
2	Não

32. Você considera que os usuários dos quais sua equipe é responsável reconhecem os serviços que lhes são prestados?	
1	Sim
2	Não

33. Você considera que sua carga horária de trabalho e salário são satisfatórios?	
1	Sim
2	Não

34. Você, enquanto profissional da ESF, se considera/se sente reconhecido por sua equipe de trabalho?	
--	--

1	Sim
2	Não

35. Existe um Sistema interno de Avaliação de Desempenho para o alcance dos resultados no seu trabalho?	
1	Sim
2	Não

36. Você considera a qualidade dos serviços que oferta pela ESF:	
1	Inadequada
2	Pouco adequada
3	Adequada
4	Totalmente adequada

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado por mim, Júlio Alfredo Raccchumi Romero, para participar da pesquisa intitulada “GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: ELEMENTOS MOTIVADORES E DESMOTIVADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PENTECOSTE – CE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os participantes deste estudo são os multiprofissionais das 14 equipes de Saúde da Família, admitindo-se a média de até 98 profissionais, cadastrados no Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, do Ministério da Saúde. Esta pesquisa tem como objetivo geral: Investigar os fatores motivadores e desmotivadores dos profissionais das equipes de Saúde da Família, desde os aspectos profissionais às condições no ambiente de trabalho no município de Pentecoste – CE; e como objetivos específicos: discutir a Gestão do trabalho em saúde de acordo com a literatura nacional; Caracterizar o perfil e o ambiente de trabalho dos profissionais que compõem as ESF em Pentecoste; e identificar desafios e potencialidades da gestão do trabalho em saúde nas ESF em Pentecoste.

Tendo participado da Reunião de Produção Mensal da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Pentecoste e tendo sido realizada uma apresentação desta pesquisa e o convite às equipes de Saúde da Família a participarem do estudo quando na oportunidade das visitas previamente agendadas aos Centros ou Unidades Básicas de saúde que atuam, no momento desta visita você trabalhador de saúde não aceitando o convite, será respeitada sua decisão. Na sua aceitação, lhe será entregue este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que leia e ao concordar assine o documento. Após sua assinatura será entregue o questionário com 36 perguntas levantando aspectos socioeconômicos, profissionais e do seu ambiente do trabalho na Atenção Básica de Pentecoste, que conforme teste leva aproximadamente 7 minutos para ser preenchido. Entretanto, será respeitada sua liberdade de devolver o questionário totalmente preenchido no momento que se achar pronto. Nesta visita ao seu local de trabalho e em todo o processo de aplicação do questionário não se envolverá qualquer tipo de gravação e nem uso de fotografias.

Tem-se como benefícios dessa investigação o auxílio ao reconhecimento de potencialidades e limites na atuação das equipes de Saúde da Família, em Pentecoste - CE, pretendendo-se com os achados guiar ações para o incremento da gestão do trabalho em saúde e da melhoria contínua dos serviços prestados à população por esses profissionais. Quanto aos riscos, este serão mínimo, sendo associados apenas a possíveis desconfortos que o(a) profissional participante poderá apresentar ao responder às perguntas do questionário.

Comprometo-me a utilizar as informações coletadas somente para esta pesquisa. Ressalto que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa, que a qualquer momento

poderá recusar a continuar participando da mesma e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. Saliento ainda que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores. Este documento contém duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Endereço dos/das responsáveis pela pesquisa:

Nome: JÚLIO ALFREDO RACCCHUMI ROMERO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Endereço: RUA GENERAL PIRAGIBE 287, AP 302, PARQUELANDIA, FORTALEZA, CE.

Telefones para contato: (85) 99953-6774

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Pentecoste, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura