

DENISE FRAGOSO PEIXOTO

**GESTÃO DE PESSOAS E A PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DOS
SERVIÇOS E AÇÕES EM SAÚDE NAS UNIDADES
DE PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA D SÃO
JOSÉ DA LAJE/ALAGOAS**

Orientador: Professor Doutor Antonio Augusto Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa
2016**

DENISE FRAGOSO PEIXOTO

**GESTÃO DE PESSOAS E A PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DOS
SERVIÇOS E AÇÕES EM SAÚDE NAS UNIDADES
DE PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA D SÃO
JOSÉ DA LAJE/ALAGOAS**

Dissertação defendida em prova pública na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 19 de Abril de 2016, perante o júri, nomeado por despacho nº229/2016, de 19 de Abril de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Ana Cristina Freitas
Brasão Amador.

Arguente: Professora Doutora Felipa Cristina
Henriques Rodrigues Lopes dos Reis.

Orientadora: Professor Doutor António Augusto
Teixeira da Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2016

Promover trocas de saberes, desenvolver competências baseadas em dúvidas, dificuldades de aprendizado das equipes. Promove espaço para invenções, experimentações que ampliam competências da equipe de saúde, contribuindo para o aumento da resolutividade e para efetivação de uma coordenação integrada para o cuidado (AM AQ, 2012).

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde, em especial os vinculados ao Programa Saúde da Família, das oito unidades existentes na cidade de São José da Laje/AL, pela colaboração em responder ao questionário aplicado.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por permitir chegar até aqui.

À minha filha Ilanna pela compreensão e pela ajuda.

Às amigas Simone Oliveira e Luciana Silva, pois através delas descobri o verdadeiro sentido da palavra amizade.

Aos colegas e professores do mestrado, e em especial ao prof. Antonio Augusto, o qual me orientou nesse trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram na construção dessa dissertação.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde prestados ao município de São José da Laje/AL. A motivação para este estudo veio justamente da percepção, através de experiência própria de trabalho, a respeito da forma como a gestão de pessoas vem sendo conduzida naquele município, inclusive por prejudicar de forma expressiva e notória a satisfação dos profissionais e consequente empenho para um atendimento de qualidade junto à população. O levantamento dos dados foi realizado através de questionário entre 87 profissionais da saúde de oito unidades de ESF, no período de julho a outubro de 2014, na cidade de São José da Laje, Alagoas. Avaliou-se o treinamento das equipes de saúde, acesso da comunidade aos serviços prestados pelas equipes de ESF, comunicação com os gestores, acolhimento, motivação, valorização profissional, condições de trabalho, medicação para os usuários e respeito às leis trabalhistas e o apoio matricial necessário e importante para a gestão de pessoas e para a gestão de qualidade dos serviços e ações em saúde que serão prestados a comunidade e aos profissionais de saúde. Os resultados apontaram que a maioria dos profissionais entende que seus treinamentos foram insuficientes em quantidade, conteúdo e metodologia utilizada. Os profissionais identificaram semelhantes limitações da Estratégia de Saúde da Família nos seguintes pontos: alguns serviços inacessíveis à comunidade, a falta de treinamento, acolhimento, valorização profissional, número insuficiente de profissionais e a falta de integração na comunicação entre alguns profissionais e gestores, interferindo na efetividade dos serviços na atenção básica e no fornecimento de informações educacionais. Concluiu-se que identificar essas limitações e os pontos fracos da Gestão de Pessoas e da Qualidade dos Serviços em Saúde no PSF permitiu promover uma valiosa informação, a qual auxiliará na melhoria desses serviços de saúde na atenção básica e na Gestão de Pessoas em São José da Laje e, consequentemente, levará a uma melhor qualidade devida para a comunidade e para os profissionais.

Palavras-chave: gestão de pessoas, qualidade em serviços de saúde, programa saúde da família, qualidade de vida.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the management of people and the perception of professionals about the quality of health services and actions provided to the municipality of São José da Laje / AL. The motivation for this study came precisely from the perception, through their own work experience, about how people management has been conducted in that municipality, including for damage of expressive and noticeably professionals' satisfaction and consequent commitment to an answering quality to the population. The survey data was conducted through a questionnaire among 87 health professionals eight FHS units in the period from July to October 2014 in the city of São José da Laje, Alagoas. Evaluated the training of health teams, community access to services provided by FHS teams, communication with managers, acceptance, motivation, professional development, working conditions, medication for users and respect the labor laws and the matrix support necessary and important to people management and quality management services and health actions that will be provided to community and health professionals. The results showed that most professionals understand that their training was insufficient in quantity, content and methodology. The professionals identified similar limitations of the Family Health Strategy in the following points: some services inaccessible to the community, lack of training, hosting, professional development, insufficient number of professionals and the lack of integration in communication between some professionals and managers, interfering with effectiveness of services in primary care and in providing educational information. It was concluded that identify these limitations and weaknesses of Personnel Management and the Quality of Services in Health at PSF allowed promoting valuable information, which will assist in improving these health services in primary care and in People Management in San Jose Laje and consequently will lead to better quality due to the community and to the professionals.

KEY-WORDS: People Management. Quality in Health Care. Family Health Program. Qualityoflife.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica de Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AE – Auxiliares de Enfermagem
AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
AP – Atenção Primária
APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APM – Associação Paulista de Medicina
ASB – Agentes de Saúde Bucal
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CES – Comitê de Estatísticas Sociais
CF – Constituição Federal
CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade
CP-1 – Concordo Parcialmente
CP-2 – Concordo Plenamente
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DP-1 – Discordo Plenamente
DP-2 – Discordo Parcialmente
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GAP – Guia de Autorização de Pagamento
GP – Gestão de Pessoas
GPO – Gestão Participativa por Objetivos
GRH – Gestão de Recursos Humanos
IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISAGS – Instituto Sulamericano de Gobierno en Salud
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NC/ND – Não concordo nem discordo
NOB – Normas de Operação Básica
NR-15 – Norma Regulamentadora nº 15
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OPSAN – Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACS – Programa dos Agentes Comunitários
PCC – Plano de Cargos e Carreiras
PCCS – Plano de Cargos e Carreiras da Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PSF – Programa Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SAS/DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
SI – Sistema de Informação
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SICAPS – Sistema de Informações e Controle Ambulatorial da Previdência Social
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social
SMS – Secretarias Municipais de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TRO – Terapia da Reidratação Oral
UAB – Unidades de Atenção Básica
UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família
UnB – Universidade de Brasília
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF – Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As várias dimensões da qualidade	33
Figura 2 – Princípios da Gestão de Qualidade segundo a Norma ISSO 9000:2005	41
Figura 3 – Estrutura Organizacional do AMAQ	42
Figura 4 – Organização do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS)	45
Figura 5 – Fluxo de funcionamento do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS).....	53
Figura 6 – Mapa das regiões de saúde de Alagoas	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Itinerário, Coordenadores e Centros de Saúde Visitados por Gervaz e Fernández (2011)	57
Quadro 2 – Maiores erros, acertos e carências da ESF no Brasil na visão de Gervaz e Fernández (2011)	59
Quadro 3 – Desvio-padrão a partir do nível de confiança desejável.....	64
Quadro 4 – Indivíduos Pesquisados	64
Quadro 5 – Cálculo para determinar a amostra de uma população finita	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de Respondentes por Faixa Etária	69
Tabela 2 – Número de respondentes por sexo	70
Tabela 3 – Sexo dos respondentes por vínculo empregatícia com outros PSFs	71
Tabela 4 – Respondentes que possuem negócio próprio diferente da área da saúde	72
Tabela 5 – Número de Respondentes por Setor de Atuação	73
Tabela 6 – Relação do Tempo de Serviço com o Exercício de Cargo de Chefia pelos respondentes	74
Tabela 7 – Relação entre o Grau de Formação do respondente e o Exercício de Cargo de Chefia	74
Tabela 8 – Significados e Pesos atribuídos às alternativas do questionário aplicado	76
Tabela 9 – Organização do AMAQ em dimensões e subdimensões	76
Tabela 10 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão	77
Tabela 11 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre as estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias	79
Tabela 12 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre educação permanente instituída para a Atenção Básica	80
Tabela 13 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia e apoio ao funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde	82
Tabela 14 – Frequência das respostas obtidas a respeito da diligência de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional concernente aos serviços prestados na AB	84
Tabela 15 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à compactuação da gestão com os profissionais dos PSFs, a fim de que estes sejam informados sobre suas reivindicações para a melhoria das condições de trabalho	85
Tabela 16 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estabelecimento da gestão democrática e do diálogo entre a gestão e as equipes da AB	86
Tabela 17 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estímulo ao planejamento de ações com base no diagnóstico situacional dos territórios e buscando o envolvimento da comunidade	87
Tabela 18 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a permissão de utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância	88
Tabela 19 – Distribuição de frequência das respostas obtidas em relação à promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes da AB	90
Tabela 20 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento acerca do cumprimento da NR-15 e da PNST	91
Tabela 21 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento a respeito da promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela NR-15 e pela PNST	92
Tabela 22 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito de estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da AB	93
Tabela 23 - Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a promoção de remuneração e premiação dos trabalhadores, de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes da AB	94
Tabela 24 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) para os trabalhadores da AB	95

Tabela 25 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à promoção do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a PNST, promovendo saúde integral dos trabalhadores da AB	98
Tabela 26 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde.....	99
Tabela 27 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes, quando questionados acerca do estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes da AB.....	100
Tabela 28 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes quanto à garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo	101
Tabela 29 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o pagamento de insalubridade/periculosidade	103
Tabela 30 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre priorização de investimentos	105
Tabela 31 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento em urgência e emergência.....	106
Tabela 32 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade	107
Tabela 33 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação a oferta e monitoramento das solicitações de exames e encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos) feitos pelas equipes de PSF	109
Tabela 34 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de outros medicamentos categorizados fora da farmácia básica e exames complementares de alta complexidade.....	110
Tabela 35 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de EPI em quantidade regular e suficiente para que a equipe desenvolva atividades clínicas, cirúrgicas, de citologia e outras.....	111
Tabela 36 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre o recebimento, em tempo hábil, de resultados de exames solicitados pela equipe de saúde .	112
Tabela 37 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo	114
Tabela 38 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à garantia de disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do PNEI	115
Tabela 39 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento sobre a adequação das UBS para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.....	116
Tabela 40 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento da infraestrutura física e dos equipamentos da UBS	117
Tabela 41 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais.....	118
Tabela 42 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet.	120
Tabela 43 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento.....	121
Tabela 44 – Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo, para todos os PSFs.....	122

Tabela 45 – Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para deslocamentos das equipes em intervalos de almoço, dentro da zona urbana.....	123
Tabela 46 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre aplicação de recursos do PMAQ, respeitando-se as prioridades de cada PSF	124
Tabela 47 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de auxílio alimentação às equipes de PSF da zona rural	126
Tabela 48 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de canais de comunicação para usuários expressarem suas necessidades e expectativas	127
Tabela 49 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a comunicação entre gestores e profissionais	128

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Respondentes por Faixa Etária	70
Gráfico 2 – Respondentes por Sexo.....	70
Gráfico 3 – Percentual de respondentes que possuem mais de um vínculo empregatício, separados por sexo.....	71
Gráfico 4 – Respondentes que possuem negócio próprio diferente da área da saúde	72
Gráfico 5 – Número de respondentes que atuam no setor público, privado ou em ambos	73
Gráfico 6 – Relação do Tempo de Serviço com o Exercício de Cargo de Chefia pelos Respondentes	74
Gráfico 7 – Relação entre o Grau de formação do Respondente e o Exercício de Cargo de Chefia	75
Gráfico 8 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão.....	78
Gráfico 9 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre as estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas	79
Gráfico 10 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre educação permanente instituída para a Atenção Básica	81
Gráfico 11 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia e apoio ao funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde	82
Gráfico 12 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a diligência de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional em relação aos serviços prestados no âmbito da Atenção Básica	84
Gráfico 13 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à compactuação da gestão com os profissionais dos PSFs, a fim de que estes sejam informados sobre suas reivindicações para a melhoria das condições de trabalho	85
Gráfico 14 - Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estabelecimento da gestão democrática e do diálogo entre a gestão e as equipes da AB	86
Gráfico 15 - Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estímulo ao planejamento de ações com base no diagnóstico situacional dos territórios e buscando o envolvimento da comunidade.....	88
Gráfico 16 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a permissão de utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância	89
Gráfico 17 – Distribuição de frequência das respostas obtidas em relação à promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes da AB.....	90
Gráfico 18 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento acerca do cumprimento da NR-15 e da PNST	91
Gráfico 19 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento a respeito da promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela NR-15 e pela PNST	93
Gráfico 20 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da AB	94
Gráfico 21 - Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a promoção de remuneração e premiação dos trabalhadores, de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes da AB.....	95
Gráfico 22 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) para os trabalhadores da AB.....	96

Gráfico 23 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à promoção do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a PNST, promovendo saúde integral dos trabalhadores da AB	98
Gráfico 24 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde.....	99
Gráfico 25 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes, quando questionados acerca do estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes da AB.....	101
Gráfico 26 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes quanto à garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo	102
Gráfico 27 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o pagamento de insalubridade/periculosidade	104
Gráfico 28 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito do estabelecimento de prioridades de investimentos, com disponibilidade de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.....	106
Gráfico 29 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento em urgência e emergência.....	107
Gráfico 30 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade	108
Gráfico 31 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação a oferta e monitoramento das solicitações de exames e encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos) feitos pelas equipes de PSF	109
Gráfico 32 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de outros medicamentos categorizados fora da farmácia básica e exames complementares de alta complexidade.....	110
Gráfico 33 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de EPI em quantidade regular e suficiente para que a equipe desenvolva atividades clínicas, cirúrgicas, de citologia e outras.....	111
Gráfico 34 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre o recebimento, em tempo hábil, de resultados de exames solicitados pela equipe de saúde .	113
Gráfico 35 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo	114
Gráfico 36 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à garantia de disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do PNEI	115
Gráfico 37 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento sobre a adequação das UBS para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos	116
Gráfico 38 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o julgamento da infraestrutura física e dos equipamentos da UBS	117
Gráfico 39 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais.....	119
Gráfico 40 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet.	120
Gráfico 41 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento.....	121

Gráfico 42 – Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo, para todos os PSFs	123
Gráfico 43 – Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para deslocamentos das equipes em intervalos de almoço, dentro da zona urbana.	124
Gráfico 44 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre aplicação de recursos do PMAQ, respeitando-se as prioridades de cada PSF	125
Gráfico 45 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de auxílio alimentação às equipes de PSF da zona rural	126
Gráfico 46 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de canais de comunicação para usuários expressarem suas necessidades e expectativas	127
Gráfico 47 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a comunicação entre gestores e profissionais	128

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	18
1. GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES.....	22
1.1 Influências filosóficas	23
1.2 Origem da instituição hospitalar	26
1.3 Gestão de pessoas	28
1.4 Gestão de qualidade	35
2. IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: UM PASSEIO PELA HISTÓRIA	43
3. METODOLOGIA.....	62
3.1 Tipo de investigação	62
3.2 Universo e amostra	63
3.3 Recolha dos dados (métodos e técnicas).....	65
3.4 Análise e levantamento dos dados	66
4. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.1 Lócus da pesquisa	68
4.2 Análise dos dados	69
CONCLUSÃO.....	129
BIBLIOGRAFIA	131
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE PSF DE SÃO JOSÉ DA LAJE.....	135

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da problemática decorrente da grande demanda que afeta as unidades e entidades privadas e públicas de saúde, nas quais se percebe a necessidade de abandonadas formas tradicionais de gestão, para assumir uma postura estratégica na tentativa de melhorias, co-responsabilidade, co-participação, seriedade e comprometimento de todos que desejam e primam por uma ‘Gestão de Qualidade’ em serviços e ações em saúde na Atenção Básica (AB).

De acordo com o Ministério da Saúde, a AB ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (FIOCRUZ, 2016).

Assimilar novos conceitos, aceitar a evolução tecnológica – e torná-la uma parceira, inovar nas práticas gerenciais, inculcar os valores organizacionais e motivar as pessoas a realizarem a missão e atingirem a visão organizacional passam a ser tarefas necessárias e urgentes para as organizações que pretendem se manter no mercado e atingir a excelência na prestação de serviços e no atendimento ao seu público-alvo.

Souza *et al.* (2012, p. 15) evidenciam que a excelência nos serviços de saúde pode ser atingida por meio da gestão de pessoas como função estratégica, ou seja, valorização e motivação das pessoas que fazem as ações e os serviços fluírem de forma satisfatória para os usuários e todo o sistema.

Vale salientar que toda organização depende do desempenho humano para ser bem-sucedida, sendo, portanto, imprescindível que os gestores estejam empenhados em desenvolver as competências e habilidades das pessoas, por meio de modelos de gestão adequados à sua realidade e ao mercado a que se destina (Ribas & Duran, 2012).

O planejamento das ações, que é um instrumento de construção coletiva, é idealizado pelos gestores, profissionais de saúde, usuários e pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

se constitui como fruto das trocas de conhecimento e experiências vivenciadas pelos envolvidos e analisadas sob diferentes prismas.

Nesse sentido, os Conselhos e as Conferências de Saúde, criados a partir da Lei nº 8.142/90, constituem importantes espaços de discussão coletiva, que se convertem em instrumentos de participação social, capazes de idealizar e planejar ações para promover as mudanças necessárias.

O povo aprendeu muito ao longo do século de lutas que antecederam a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, e, conscientes dos seus direitos, buscam cada vez mais serviços de qualidade e atendimento satisfatório de suas necessidades, avaliando desde a infraestrutura oferecida nas Unidades de Atenção Básica (UAB) até a acolhida e o tratamento que recebem dos profissionais de saúde, da triagem ao atendimento especializado.

Na Atenção Básica (AB) do SUS, o trabalho que se desenvolve engloba tanto o meio contextual quanto o transversal, sendo este último o mais envolvente, considerando que os trabalhos são realizados diretamente com os usuários, os quais se constituem clientes em potencial.

Acredita-se que a gestão do município deve acompanhar e avaliar a situação de saúde na AB da população descrita e assistida, com subsídios para planejar e tomar decisões. Esse planejamento tem que ser participativo, pois após os resultados da avaliação dos serviços e com a Aplicação da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) e outras ferramentas de gestão como recursos, detecta-se os erros e dificuldades para propor e orientar estratégias necessárias na mudança da organização e do funcionamento dos serviços e ações de saúde na AB.

Desta maneira, optou-se por organizar esta dissertação em quatro capítulos, assim distribuídos:

Introdução – faz uma abordagem à nova visão da sociedade e dos gestores do serviço público de um PSF sobre gestão de pessoas, gestão de qualidade nos serviços em saúde e sobre os cuidados de saúde, as exigências dos usuários e as preocupações dos gestores e profissionais do serviço público de saúde.

No primeiro capítulo – apresentam-se histórico, conceitos, princípios e a nova visão sobre gestão de pessoas, gestão de qualidade e as estratégias utilizadas e desenvolvidas no

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

âmbito da qualidade de cuidados à saúde assim como informação relativa aos sistemas de informação e seu modelo de ação voltados a qualidade destes serviços prestados em saúde.

No segundo capítulo – faz-se uma abordagem sobre o Renascimento do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) e a Construção de um Novo Modelo de Assistência – Programa Saúde da Família (PSF) onde se descreve alguns marcos históricos que influenciaram na construção da saúde pública no Brasil, relatando as estratégias de saúde propostas pelo governo, e como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população.

No terceiro capítulo – Metodologia – faz-se a descrição da preparação e desenho do modelo de análise, incluindo a definição das variáveis de estudo e a construção do questionário aplicado aos profissionais de nível médio e superior das unidades de PSF referenciadas anteriormente. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, que analisa um fenômeno social que é a qualidade da assistência prestada, sendo desenvolvido dentro de uma abordagem quanti-qualitativa. A abordagem da qualidade utilizada neste estudo buscou como referencial teórico a proposta de Donabedian, que propõe que as avaliações em saúde tenham como eixos para sua realização as análises de estrutura, processo e resultado. Desta forma, nesta pesquisa estuda-se um dos resultados na atenção à saúde que é a satisfação dos profissionais através da avaliação da estrutura (condições oferecidas pelas unidades de saúde) e processo de trabalho (ação e interrelação humana na atenção à saúde do usuário).

No quarto capítulo – Resultados e Discussões – são apresentados os resultados obtidos sobre as práticas dos serviços em saúde utilizando os dados estatísticos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dos questionários aplicados aos profissionais das unidades de PSF. Neste ponto, são também apresentados os resultados obtidos no seguimento da análise às iniciativas no âmbito da qualidade desenvolvidas pelos prestadores de cuidados de saúde. Este capítulo termina com uma análise sobre o papel que os gestores, coordenadores e profissionais do PSF têm e possuem no suporte direto às diversas iniciativas, estratégias para gerir e implementar serviços e ações em saúde eficazes e eficientes caracterizando deste modo uma gestão de pessoas voltada para prestação destes serviços com qualidade.

Conclusão – são apresentadas as principais conclusões acerca das práticas destes serviços em saúde dos profissionais do PSF, dos dados estatísticos destas atividades no SIAB como também sobre a avaliação e a percepção dos profissionais na prestação destes serviços. Neste ponto são também expostas as limitações que foram reconhecidas durante a elaboração

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

deste trabalho. É ainda apresentada uma perspectiva sobre trabalhos que possam vir a ser realizados no futuro com a finalidade de complementar ou oferecer algo de novo ao tema deste trabalho.

É natural do ser humano sua busca constante por uma maior satisfação pessoal, procurando elementos como a família, o grupo de amigos, o emprego, os bens adquiridos, entre outros que proporcionem um nível de bem-estar superior e qualidade de vida.

Estes elementos são requisitos básicos necessários à uma boa qualidade de vida. E fazem parte destas exigências: saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental. Portanto é relevante que estes fatores sejam satisfeitos para que o princípio do “bem-estar” seja criado.

Percebe-se que cada vez mais as pessoas estão conscientes da importância que a saúde e os cuidados recebidos nesta área têm impacto na sua vida, por isto uma busca maior por melhores cuidados e uma cobrança por serviços de saúde de excelência; ou seja, cuidados de saúde de qualidade.

Kitchenham *apud* Pereira (2009, p. 3) disse que “a qualidade é difícil de definir, impossível de medir, fácil de reconhecer”.

Pereira (2009, p. 2) diz que quando se fala da qualidade de um serviço e respectiva prestação, a definição mais adequada a qualidade será: o nível de excelência desse serviço, o quanto esse serviço é superior a outro, até que ponto os clientes sentem as suas necessidades satisfeitas e/ou as suas expectativas realizadas ou até mesmo superadas.

Os prestadores de cuidados de saúde não podem ignorar esta questão, tendo por isso que partir para soluções que promovam a confiança e mais importante que isso, a total satisfação dos seus usuários.

1. GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES

De acordo com Pereira *et al.* (2003, p. 43), a gestão nas organizações tem sido fortemente influenciada em razão dos modelos assistenciais adotados no Brasil, que se constituem em um desafio para a efetiva implantação do SUS, isso porque a característica hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva ainda faz parte da essência das instituições.

Vale destacar que, mesmo antes do SUS, modelos alternativos já vinham sendo implantados Brasil afora, a exemplo do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que já trabalhava com a ideia de distritos sanitários (Pereira *et al.*, 2003, p. 43).

Para Paim (1999) *apud* Pereira *et al.* (2003, p. 43), o modelo em si já está dado – é o próprio SUS, o que se deve ter em mente é que as tecnologias precisam ser desenvolvidas, assim como devem ser formuladas estratégias de inclusão, organização da demanda, participação popular, entre outras.

Segundo Pereira *et al.* (2003, p. 43), o Programa Saúde da Família (PSF), antecedido pelo Programa dos Agentes Comunitários (PACS) é uma importante estratégia de modelo assistencial, que introduz uma nova lógica na prestação de serviços, principalmente no que se refere à atenção primária, em conformidade com os pressupostos do Ministério da Saúde.

Inicialmente, o PSF foi concebido dentro da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995, foi realocado para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), tendo seu financiamento regido pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), já no ano seguinte (PEREIRA *et al.*, 2003, p. 44).

O gerenciamento do PSF fica a cargo do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cuja base de dados deve ser alimentada com informações dos municípios que participam do programa (Brasil, 2000, *apud* Pereira *et al.*, 2003, p. 45).

Aos poucos, o PSF vem se tornando prioridade dentro dos modelos propostos na atenção básica, incorporando, atualmente, a nomenclatura de “estratégia da saúde da família”, embora a denominação PSF ainda permaneça (Pereira *et al.*, 2003, p. 45).

Pereira *et al.* (2003, p. 45) ressaltam, ainda, que o PSF resolve questões de saúde da rede básica, diminuindo o fluxo dos usuários para níveis mais complexos e, assim, desafogando os

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

hospitais; no entanto, afirmam que “não se trata de economia de recursos, de uma medicina de pobre para pobres”, ao contrário, é uma prática complexa, que requer novos campos de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes.

Portanto, as críticas existentes quanto à focalização do PSF não se confrontam com o princípio de universalidade preconizado na implantação do SUS, pois os dois conceitos não precisam ser excludentes e, nesse sentido, o PSF pode ser visto como um “instrumento de reorganização da política universal” (Pereira *et al.*, 2003, p. 45).

Atualmente, a literatura e o discurso sobre saúde coletiva resgatam diferentes dimensões acerca da estratégia saúde da família, que vão desde a interpretação do PSF como uma “oportunidade única” de resgatar a humanização na prestação dos serviços até à “leitura do processo em seu caráter mais abrangente e de longo prazo” (Pereira *et al.*, 2003, p. 45).

Seguindo essa linha de pensamento, argumenta Aguiar (1998 *apud* Pereira *et al.*, 2003, p. 46):

“As diferentes dimensões da proposta do PSF aparecem nas percepções dos autores que, por um lado, argumentam favoravelmente no que concerne ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS e, por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da ‘focalização’, com retrocesso e limitação dos mesmos princípios, tendo em vista a orientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal, onde, nos planos macroeconômico e político, doméstico e internacional, as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público.”

Em conformidade com o pensamento de Franco e Mehry (1999 *apud* Pereira *et al.*, 2003, p. 46), “uma vez que o PSF propõe uma mudança de ordem estrutural, mesmo que pressupondo um trabalho com equipe multiprofissional, não há garantias de que se rompa com o modelo de prática hegemônico centrado na figura do médico”.

1.1 Influências filosóficas

No decorrer de toda a história da humanidade, a administração se desenvolveu numa lentidão impressionante. Somente a partir do século XX, é que ela surgiu e explodiu em um desenvolvimento de notável pujança e inovação.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Desde a Antiguidade, a administração recebeu influência da filosofia, destacando-se os filósofos gregos: Sócrates, Platão e Aristóteles. Mais tarde, com o desenvolvimento da filosofia moderna, outros nomes ganham projeção: Francis Bacon e René Descartes, de origem inglesa e francesa, respectivamente.

Sócrates (470 a.C. 399 a.C.), em sua discussão com Nicomaquis, expõe o seu ponto de vista sobre a administração:

“Sobre qualquer coisa que um homem possa presidir, ele será, se souber do que precisa e se for capaz de provê-lo, um bom presidente, quer tenha a direção de um coro, uma família, uma cidade ou um exército. Não é também uma tarefa punir os maus e honrar os bons? Portanto, Nicomaquis, não desprezeis homens hábeis em administrar seus haveres [...]” (ONLINE, 2014, p. 1).

Platão (429 a.C 347 a.C), discípulo de Sócrates, voltou seu olhar aos problemas políticos próprios do desenvolvimento social e cultural do povo grego. Em sua obra, A República, deixa claro o seu ponto de vista em relação à forma democrática de governo e de administração dos negócios públicos.

Aristóteles, discípulo de Platão, embora tenha divergido deste em vários pontos de sua teoria, impulsionou, de forma extraordinária, a Filosofia, favorecendo o surgimento de ciências específicas: Cosmologia, Nosologia, Metafísica, Lógica e Ciências Naturais, revolucionando as perspectivas do conhecimento humano na sua época. Em seu estudo sobre a organização do Estado, distingue, no seu livro Política, três formas de Administração Pública: Monarquia, Aristocracia e Democracia.

Francis Bacon (1561-1626), filósofo e estadista inglês, considerado o fundador da Lógica Moderna, que se baseia no método experimental e indutivo, antecipou-se ao princípio conhecido, em Administração, como “princípio da prevalência do principal sobre o acessório”.

René Descartes (1596-1650), filósofo, matemático e físico francês, considerado o fundador da filosofia moderna, descreve os preceitos do seu método filosófico, em seu livro O Discurso do Método. Hoje, esse método é denominado de cartesiano e serviu de fundamento para a tradição científica do ocidente. Muitos dos princípios da moderna administração estão contidos nos princípios cartesianos.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Para Thomas Hobbes (1588-1679), o homem primitivo era um ser antissocial por definição, sendo impossível o convívio com o seu semelhante e ao Estado caberia manter a ordem e organizar a vida social. Esta era a sua teoria: um pacto selado por meio de um contrato entre o Estado e o homem primitivo, que garantiria a imposição da ordem pelo primeiro e a lenta ascensão ao convívio social pelo segundo.

Através de Jean-Jacques Rousseau (172-1778), desenvolveu-se a teoria do Contrato Social, a partir do qual se estabeleceria o Estado que, por sua vez, emerge da vontade entre as partes.

Kal Marx (1818-1883) e Friedrich Engel (1820-1895) propõem uma teoria de origem econômica do Estado, na qual o poder político seria fruto da dominação do homem pelo homem.

Com a Filosofia Moderna, a Administração deixa de receber as contribuições e influências do campo filosófico, uma vez que este se afasta, enormemente, dos problemas organizacionais.

Ao longo dos séculos, as normas administrativas e os princípios de organização pública foram-se transferindo das instituições estatais para as instituições católicas e organizações militares.

O sucesso da organização eclesiástica, despertou o interesse de muitas outras organizações, que incorporaram muitos dos princípios e normas administrativas usadas na Igreja Católica.

A organização militar foi outra que serviu de modelo para muitas organizações e que instigou o desenvolvimento das teorias da Administração, ao longo do tempo, com suas características principais: o caráter linear, o princípio da unidade de comando, a escala hierárquica, o princípio de direção (por meio do qual o soldado sabia exatamente o que seu comandante esperava e o que tinha de fazer), tal qual se espera hoje, considerando os funcionários em relação aos gestores das organizações nas quais trabalham.

Inspirados por Carl von Clausewitz (1780-1831), general prussiano, muitos teóricos da Administração tentaram adaptar as estratégias sugeridas por Clausewitz à organização e estratégia industriais. Para Clausewitz, a disciplina era requisito básico para uma boa organização. Ainda segundo o general, as decisões dentro de uma organização devem ser pautadas na probabilidade e não apenas na necessidade lógica. “O administrador deve aceitar a incerteza e planejar de maneira a poder minimizar essa incerteza.”

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

A partir de 1776, quando James Watt (1736-1819) inventou a máquina a vapor, posteriormente aplicada à produção, uma nova concepção acerca do trabalho modificou a estrutura social e comercial da época, motivando profundas transformações de ordem econômica, política e social. Começava a Revolução Industrial, cujo berço foi na Inglaterra, mas que logo tomou conta do mundo civilizado.

A segunda fase desta revolução, a partir de 1860, traria o aço, a eletricidade, a máquina automática, transformações nos campos do transporte e da telefonia, novas formas de organização do capitalismo, entre outras. Tudo isso influenciaria profundamente a Administração nas organizações.

A isso seguiram-se as influências de economistas liberais, tais como: Adam Smith (1723-1790), James Mill (1773-1836) e David Ricardo (1772-1823), cujas contribuições são percebidas até os dias atuais.

Smith visualizava o princípio da especialização dos operários em uma manufatura de agulhas e já enfatizava a necessidade de racionalizar a produção, enfatizando a importância do planejamento e da organização dentro das funções da Administração. Mill sugeria em seu livro *Elementos de Economia Política*, publicado em 1826, uma série de medidas relacionadas com os estudos de tempos e movimentos como meio de obter incremento da produção nas indústrias da época. David Ricardo publica seu livro *Princípios de Economia Política e Tributação*, no qual aborda trabalho, capital, salário, renda, produção, preços e mercados.

1.2 Origem da instituição hospitalar

Segundo Foucault (1979, *apud* Vendemiatti *et al.*, 2009), a medicina, na idade média, não era uma prática hospitalar, da mesma forma que o hospital não era considerado uma instituição médica, visto que, até o século XVIII, era tido como um local essencialmente de assistência aos pobres.

Até meados do século XVIII, o poder era centralizado nas mãos de lideranças religiosas, que visavam assegurar a vida cotidiana do hospital, bem como salvar e prestar assistência alimentar às pessoas internadas. O médico representava, apenas, uma figura necessária dentro de um hospital, mas sem privilégios de autonomia administrativa, estando, portanto,

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

subordinado à administração da cúpula religiosa, “podendo, inclusive, ser demitido” (Foucault, 1979, p. 108 *apud* Vendemiatti *et al.*, 2010).

Entretanto, Foucault (1979, p. 109) afirma que “a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. ”

Para Vendemiatti (2010), o médico passava a ser o principal responsável pelo controle de itens considerados como **fatores de cura** (grifo nosso): o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas e as medicações, adquirindo, nesse contexto, responsabilidade econômica direta e indireta pela viabilidade do hospital. O modelo socioeconômico das atuais instituições hospitalares tem como herança o contexto dessa época.

A empresarialização do hospital, segundo Graça (1996), é a fase da ruptura, tanto conceitual, como organizacional, com o passado do hospital cristão medieval e do hospital assistencial do século XIX. A respeito da empresarialização, Solè (2004) compreende que esse fenômeno ocorre em decorrência daquilo que denomina de empresarialização do mundo, que transforma as organizações (de natureza social ou filantrópica) em empresas, orientadas por princípios de lucratividade e competitividade, tornando-se similares, em seus valores, às empresas vinculadas ao mundo da produção, constituindo-se como modelo universal da atividade humana.

Nesse sentido, a transformação do hospital como organização social em empresa decorre, além dos fatores históricos, de um processo mais amplo que envolveu as organizações.

Graça (1996), explica que depois da Segunda Guerra Mundial, em função do peso do desenvolvimento tecnológico, o hospital passa a ser dirigido como uma empresa, modificando todo o sistema técnico de trabalho que foi acompanhado por mudanças organizacionais, podendo ser expresso na criação de áreas antes inexistentes nesta estrutura, como, por exemplo, a engenharia hospitalar acompanhada pela gestão da qualidade.

Vendemiatti *et. al.* (2010), ressaltam que o hospital contemporâneo abandonou a prestação da assistência para assumir a produção dos cuidados com a saúde através da prestação de serviços. O hospital passa a fazer parte do processo de atenção à saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários (por exemplo, cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação biomédica, sobretudo pelo fato do hospital ser uma instituição considerada fomentadora ao desenvolvimento da ciência e à

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

formação de recursos humanos, uma vez que possibilita descobertas de novos conhecimentos científicos através da pesquisa.

1.3 Gestão de pessoas

Até à II Guerra Mundial, empresas/organizações não valorizavam o trabalho em equipe, embora estudos desenvolvidos nesse sentido tenham se destacado, na década de 20, na *Western Electric Company*, os quais foram decisivos para os estudos acerca da relação de influência dos grupos nas organizações (Pinto, 2014).

Na visão de Pinto (2014) essa desvalorização do grupo/equipe era decorrente do entendimento que se tinha do indivíduo que assumia, na perspectiva clássica e racionalista das organizações da época, a denominação de “unidade de construção de uma organização” (p. 39), sendo, portanto, inseridos em estruturas predefinidas, a julgar pela percepção dos gestores e adequação dos objetivos das empresas.

Chiavenato (2010, p. 5) declara que as pessoas são o elemento básico do sucesso empresarial, tornando-se imprescindível adotar uma visão estratégica frente ao cenário de mudanças no mercado, ao longo da história. O autor assevera a importância das pessoas nas organizações quando afirma:

“[...] as organizações jamais existiriam sem as pessoas que lhes dão vida, dinâmica, energia, inteligência, criatividade e racionalidade. Na verdade, cada uma das partes depende da outra. Uma relação de mútua dependência na qual há benefícios recíprocos. Uma relação de duradoura simbiose entre pessoas e organizações.”

Chiavenato (2010, p. 4) afirma, ainda, que a gestão de pessoas é constituída por pessoas e organizações e estas só funcionam e alcançam o sucesso desejado à medida que aquelas se desenvolvam e se empenham para ampliar suas possibilidades e competências, em prol de um objetivo partilhado por todos.

De acordo com Dutra (2011, p.15), ao longo do tempo, considerando o contexto histórico que vem envolvendo a gestão de pessoas, as organizações têm mudado a forma de pensar e de fazer a gestão, procurando acompanhar os avanços tecnológicos e o próprio

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

desenvolvimento das pessoas, que passaram a ampliar os seus conceitos e expectativas, tornando-se sujeitos ativos das transformações das quais são protagonistas.

Na visão de Demo, Martins e Roure (2013), os principais autores da área de Gestão de Recursos Humanos (GRH), incluindo Legge (2006) e Wilkinson, Bacon, Redman e Snell (2010), concordam que as pessoas têm assumido um papel importante e **estratégico** (grifo nosso) nas organizações, uma vez que suas políticas e práticas visam a uma competitividade mais expressiva. Para estas autoras, a vantagem competitiva das organizações não mais reside, apenas, na tecnologia:

“No momento em que fontes tradicionais de vantagem competitiva, como tecnologia, não são mais consideradas suficientes para garantir uma posição competitiva sustentável, as pessoas passam a ser competências essenciais de diferenciação estratégica” (Demo *et al.*, 2013, p. 568).

Nos anos 80, os grupos/equipes passam a ser objeto das organizações, com foco na qualidade total, a qual “correspondia a um tipo de gestão caracterizado pela procura de introdução de melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já existentes, procurando sempre a excelência na qualidade” (Pinto, 2014, p. 40).

No final da década de 80, a questão da gestão estratégica de pessoas era, ainda, incipiente. O Brasil passava por grandes transformações na área da saúde, conforme se pode observar no capítulo 1 deste estudo. Tais transformações conduziam, necessariamente, a uma nova forma de olhar para o trabalhador e pensar na sua qualidade de vida e nível de satisfação, pois o entendimento acerca do conceito de saúde já ultrapassava os limites da simples ausência de doença.

A partir da década de 90, o país passa por profundas modificações no cenário econômico, afetando diretamente o padrão de competitividade das organizações e a própria nomenclatura de Recursos Humanos (RH) para Gestão de Pessoas (GP), o que torna evidente a necessidade de as empresas se inserirem no mercado global. A partir daí, as políticas de GP voltam-se ao envolvimento e à participação das pessoas nas organizações, delineando as novas perspectivas da atual GP no Brasil, em consonância com o cenário internacional (Demo *et al.*, 2013).

Pinto (2014), afirma que ainda nessa década, era evidente que a presença de grupos/equipes nas organizações já era uma realidade habitual, o que era percebido pela

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

classificação diversificada a que se tinha que recorrer para designar tais agrupamentos: “grupos de produção, grupos de serviços, equipes de gestão, grupos/equipes de projeto, grupos e equipes de ação e desempenho” (p. 41), entre outras nomenclaturas.

O mercado de trabalho possui novas exigências e as organizações que não se adequarem a esta nova realidade simplesmente perderão o sentido e estarão fadadas ao fracasso. Dentre estas novas exigências, destacam-se: as contingências impostas pelo ambiente, empreendedorismo e autonomia por parte das pessoas, constante atualização com as tendências do mercado nacional e internacional e pessoas qualificadas que busquem o aprimoramento e o aperfeiçoamento de suas competências e habilidades (Dutra, 2011, p.15).

Ainda segundo Dutra (2011, p.15), as práticas gerenciais têm a tendência de usar como fio condutor o controle sobre as pessoas, porém, esta é uma visão retrógrada que vem sendo gradativamente abandonada, dando lugar ao entendimento de que as pessoas devem ser reconhecidas como parceiras das organizações, não como insumos.

Para Miguez e Lourenço (2001) *apud* Pinto (2014), [...] os grupos são constituídos por duas dimensões básicas fundadoras: a dimensão sócio-afetiva (relacionada à satisfação das necessidades individuais) e a dimensão tarefa (relacionada com a realização de uma dada tarefa) e tais dimensões [...] são complementares uma à outra, “embora ambas suscetíveis de desempenhar um papel positivo e distinto na realização de tarefas comuns” (Pinto, 2014, p. 68).

De acordo com Amaral *et al.* (2012, p. 74) *apud* Peixoto (2013), o serviço público ainda não se opera com a perspectiva de que as organizações de saúde necessitam de gente cuidando de gente. Percebe-se que a cobrança dos usuários pela qualidade na prestação de serviços e, por outro lado, vê-se uma política de pessoal muito restrita, no SUS.

No dizer de Peixoto (2013), percebe-se que as solicitações dos usuários são por uma melhoria contínua e maior flexibilidade durante a prestação do atendimento e, ainda, uma antecipação respaldada no conhecimento de suas necessidades e expectativas. Tem-se que a concepção de um processo de atendimento ao cliente e a obtenção de um nível aceitável de satisfação pela qualidade dos serviços são elementos fundamentais. Entretanto, muitos fatores são relevantes na consideração dos aspectos que influenciam a sua prestação.

Conforme Las Casas (2010, p. 45) *apud* Peixoto (2013), dentre esses fatores, “a prestação de serviços se caracteriza pelo fornecimento de benefício que é intangível, não

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

estocável, e de consumo simultâneo à sua produção”. Daí a dificuldade de o serviço ser quantificado por medidas de desempenho.

Segundo Souza *et al.* (2010, p. 19-20) *apud* Peixoto (2013), o setor de saúde, no Brasil, realiza suas atividades em ambiente de incertezas, exigindo uma atenção especial das organizações de saúde, o que implica atender às necessidades do cliente com maior prontidão, maior qualidade, menor custo e maior inovação.

Nessa perspectiva, Peixoto (2013) afirma que as organizações de saúde sofrem influência do meio interno e externo na sua produtividade, já que:

“As organizações de saúde vivem uma crise que não é o resultado apenas das políticas de sucateamento e de consequente insuficiência de recursos, mas de um conjunto de processos de desqualificação da assistência que combina omissão, falta de ética, baixa responsabilidade institucional, descompromisso com relação aos processos organizacionais, falta de solidariedade e apatia com relação à dor e ao sofrimento alheio” (Souza *et al.*, 2010, p. 20 *apud* Peixoto, 2013).

A máquina de saúde, não só no Brasil, deve observar muitas variáveis, tais como: custos, pacientes, medicamentos, serviços, profissionais, pesquisa, sistemas de informação e de tecnologia, custo-efetividade, bem como a sua sustentabilidade por um longo período em todos os aspectos que envolvem a prestação dos serviços em saúde.

Segundo Peixoto (2013), é necessário estabelecer prioridades por meio de processos que tendem a aumentar de forma imediata a satisfação do cliente com o serviço prestado, visando uma melhoria do atendimento ao cliente na prestação dos serviços. A definição das prioridades no processo de melhoria consiste em identificar tarefas, procedimentos (atividades) ou sistemas fundamentais para a qualidade dos serviços.

De acordo com Ashamalla (1998) *apud* Peixoto (2013), alguns esforços em busca de melhorias quanto aos indicadores de saúde e qualidade de vida no país começaram a registrar resultados significativos. Ela pode ser considerada um dos fatores determinantes de sucesso ou falha em negócios.

No entanto, acredita-se que o mais importante é estimular a introdução de mudanças radicais na concepção de uma estratégia eficaz de atenção à saúde e ao atendimento básico de gestantes, obesos, diabéticos, hipertensos e crianças, as quais começaram a receber cuidados especiais.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Visando essa mudança, três metas foram estabelecidas: o atendimento realizado próximo ao domicílio do usuário, a eficiência dos serviços de saúde e a eliminação das filas nos centros de saúde e hospitais.

Sabe-se que os pacientes que procuram atendimento nos centros de saúde vislumbram a qualidade nos serviços e respaldo positivo nas enfermidades que os acometem, seja esse sistema de gestão público ou privado (Peixoto, 2013).

Em conformidade com o SUS, são sete os pilares que devem ser considerados na hora de avaliar os serviços de saúde: eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e pesquisa de satisfação de usuários.

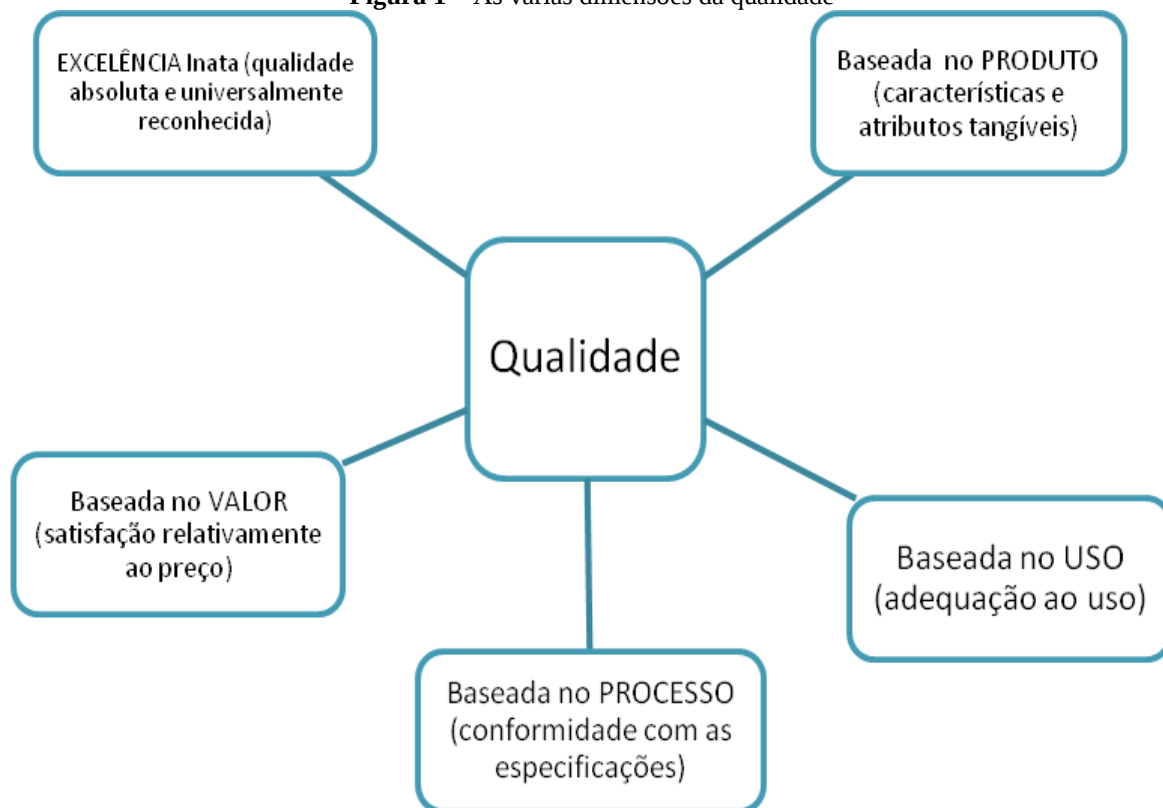
Ante o exposto, Peixoto (2013) afirma que, para desenvolver o foco da busca de satisfação ao cliente, é necessário, pelas características inerentes ao processo de prestação de serviços, elevarem o nível de qualidade, através da gestão de pessoal, e dos processos ou atividades, para a produção em um ambiente adequado.

Na visão de Proença (2013), em seus estudos sobre a qualidade organizacional como meio propício para a melhoria dos serviços prestados aos utentes da Unidade de Saúde da Família Cella Saúde, tanto a estrutura quanto a organização dessa unidade passaram por melhorias significativas, após a implantação de modelos organizacionais aos serviços de saúde.

Nesse contexto, Lisboa *et al.* (2004) *apud* Proença (2013), afirma que a qualidade, não mais vista apenas como produto, passou a abarcar toda a organização e todas as pessoas, todos os processos e todas as atividades que a ela estão conectados (figura 1), constituindo-se em ferramenta indispensável para a gestão.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Figura 1 – As várias dimensões da qualidade



Fonte: Adaptado de Gunesakaran *et al.* (1998 *apud* Lisboa, *et al.*, 2004, p. 105)

Para Junqueira (1987, p. 53), “o que caracteriza a prestação de serviços públicos de saúde é a ineficiência e a baixa qualidade.” Assim sendo, é necessário repensar, continuamente, a prática desses serviços, a fim de superar os fatores que elevam o baixo desempenho.

Souza *et al.* (2010, p 35-36) *apud* Peixoto (2013) mostram que “essa baixa não deve ser apenas atribuída aos baixos salários ou más condições de trabalho, o despreparo dos gestores incapazes de conduzir o grupo rumo aos objetivos por todos desejados é um condicionamento significativo desta situação”.

Lobos (1993, p.67) *apud* Peixoto (2013) relaciona três “fatores como determinantes da qualidade em serviços, do ponto de vista do cliente: desempenho, atendimento e custo.” No entanto, como afirma Peixoto (2013), para executar uma Gestão Pública de Saúde de qualidade é necessário realizar um planejamento para construir, formular, negociar, monitorar, pactuar e avaliar as estratégias e soluções que viabilizem a ampliação do acesso e melhorias na qualidade dos serviços e ações de saúde na Atenção Básica do PSF de São José da Laje.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Após analisar os pontos críticos que dificultam a organização e a realização dos serviços de saúde prestados em São José da Laje, idealiza-se o pensamento estratégico e, posteriormente, realiza-se o planejamento, que, conforme já foi descrito, traça e formula alternativas e decisões táticas para promover e desenvolver ações que visem realizar atividades operacionais com efetividade e eficácia (Peixoto, 2013).

A comunicação desempenha papel estratégico no âmbito da saúde, pois, além de informar e disseminar o conhecimento, cria formadores de opiniões para a construção de um bom planejamento, procurando sempre avaliar o “QUE É” e o “QUE PODERÁ SER OU TER” para melhorar o sistema e serviço de saúde (Peixoto, 2013).

Nesse sentido, reconhece-se a importante contribuição dos Sistemas de Informação e das novas tecnologias à disposição dos serviços prestados, tanto no âmbito dos centros de saúde quanto de grandes hospitais, assim como de todo o Sistema Único de Saúde.

Pereira (2009, p. 85) aborda a importância do advento dos sistemas de informação para o campo saúde, destacando a percentagem de informações duplicadas, considerando o uso de sistemas informatizados e formas de arquivo e registro manuais. Em seus estudos, concluiu que mais de 50% dos profissionais de saúde “não duplicam a documentação de qualquer dado de diferentes suportes”, o que indica que esses prestadores registram suas documentações por um único meio – ou em papel ou por meio de um Sistema de Informação (SI). A duplicação ocorreu em 43% dos entrevistados e apenas dois prestadores se utilizam das duas formas de registros, duplicando todos os dados com os quais lidam.

Tais práticas implicam em redundância de informações, retrabalho desnecessário, morosidade na prestação de serviços (o que, considerando-se os dias atuais e toda a tecnologia disponível, pode-se chamar de “atraso”) e uma infinidade de outros problemas de inconsistência dos dados.

Os sistemas de informação que foram criados no âmbito da saúde, existem para otimizar as ações e os serviços prestados, além de manter a salvo registros dos dados importantes sobre indicadores sociais, políticos, econômicos e de saúde da população brasileira, contribuindo, imensamente, para o planejamento de estratégias específicas para a resolução dos problemas identificados.

Sá e Lessa *apud* Westphalena (2008) destacam as principais bases de dados a serviço do SUS: SINASC, SINAN, SIAB, SIH, SIM, CENSO, MAS, PNAD e procuram diferenciar os

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

conceitos de dados, informações, indicadores e sistemas de informações, para bem situar a importância destes para a gestão da informação em saúde.

“**Dado** é uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo ou, ainda, um produto de coleta, normalmente ininteligível. **Informação** seria uma descrição mais completa do real, associada a um referencial explicativo sistemático ou, um produto da combinação de dados, permitindo elaborar uma interpretação. **Indicadores** são uma representação da realidade, considerando referências e critérios pré-estabelecidos. (MORAES, 1994 apud SÁ; LESSA, 2008). Finalmente, **Sistema de Informação** é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar, operar os serviços de saúde e investigar e planejar, com vista ao controle de doenças” (OMS, 1994).

Portanto, cada sistema, em particular, e a articulação que se observa entre eles e com a base de Dados do SUS – o DATASUS, pode servir de norte para avaliar e apoiar a tomada de decisões em todos os níveis de complexidade, contribuir para o desenvolvimento tecnológico e científico da saúde, subsidiar avaliações das políticas públicas implementadas e contribuir para o processo de comunicação entre os diversos atores.

1.4 Gestão de qualidade

Pires (2010) enfatiza que as teorias abordadas em seu estudo, Gestão Participativa por Objetivos (GPO) e Gestão da Qualidade se complementam e devem ser observadas, no sentido de que se consiga alcançar excelência nos serviços prestados, considerando o nível de qualidade que se pode atingir pelo benefício da junção dessas duas teorias.

Em analogia ao presente estudo, faz-se pertinente mencionar a opinião de Pires (2010), que assevera a necessidade de abandono de tudo aquilo que se julga supérfluo e dispersivo na atuação do gestor, com vistas a valorizar a concentração dos esforços numa visão macro e globalizada, a fim de que os resultados positivos sejam alcançados para toda a empresa.

Nesse contexto, o autor ainda afirma que essa progressiva conscientização acerca do papel do gestor dentro de uma empresa abriu espaço para a GPO que, na visão desse autor, daria mais liberdade a cada ator envolvido no processo de gestão, uma vez que haveria a

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

descentralização das decisões, ao passo que os objetivos seriam traçados e fixados em cada área-chave, para o alcance dos resultados esperados.

Traça-se, aqui, um comparativo entre a visão sistêmica voltada ao contexto empresarial e a visão sistêmica relacionada à saúde pública brasileira, no sentido amplo de gestão, sobre a qual se identificam diversas forças que, em teoria, trabalham em conjunto, em prol de um objetivo comum, que é a excelência na prestação de serviços ao usuário.

O PSF vem sendo implantado, em muitas localidades do país, de forma acrítica, impondo um modelo de atenção, sem a devida discussão com a população e o setor saúde, visando, unicamente, ao aumento da receita:

“O PSF poderia ter sido discutido não como “o” programa de saúde da família, mas como “os programas” de saúde da família, ou seja, é possível encontrar experiências em que a estratégia de saúde da família foi incorporada ao modelo proposto pelo SUS e contribuiu para sua consolidação. Em algumas situações, portanto, o PSF é o próprio modelo assistencial, não se configurando como modelo paralelo ou vertical. Em outros casos, porém, temos modelos distorcidos, pouco impactantes, implantados de forma prescritiva e que, no mais das vezes, exacerbaram-se todas as suas deficiências” (Narvai, 2000 *apud* Pereira *et al.*, 2003, p. 46).

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população:

“Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 e tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (MS, 2012, p. 7).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 8), o compromisso com a melhoria da qualidade deve ser **permanentemente** reforçado (grifo nosso), por meio do desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios expostos pela realidade. “O PMAQ se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. ”

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

- I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;
- II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;
- V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;
- VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;
- VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;
- VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;
- X – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2012, p. 10):

I – Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde: um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de atenção básica, respeitando as diversidades dos diferentes contextos.

II – Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica considerou, inicialmente, um conjunto de aspectos passíveis de serem mensurados para a totalidade das equipes, independentemente do contexto no qual elas estão inseridas. Contudo se prevê a necessidade, ao longo do desenvolvimento do programa, da definição de novos padrões e indicadores que permitam o acúmulo continuado e adequação dos compromissos a serem contratualizados, coerentes com as especificidades regionais e locais.

III – Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade: o processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal e das EAB participantes do PMAQ poderá ser acompanhado pelos Estados, municípios e sociedade civil organizada, entre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab.

IV – Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e EAB deverão responsabilizar-se por uma série de ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da atenção básica. Os usuários também estarão envolvidos no programa, na medida em que poderão potencializar as mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, uma importante dimensão que estará presente no processo de avaliação das EAB participantes do programa será a avaliação da satisfação dos usuários.

V – Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das EAB, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.

VI – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por essa mudança nos usuários e trabalhadores. Tendo como referência os princípios da atenção básica, o programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das EAB. O programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

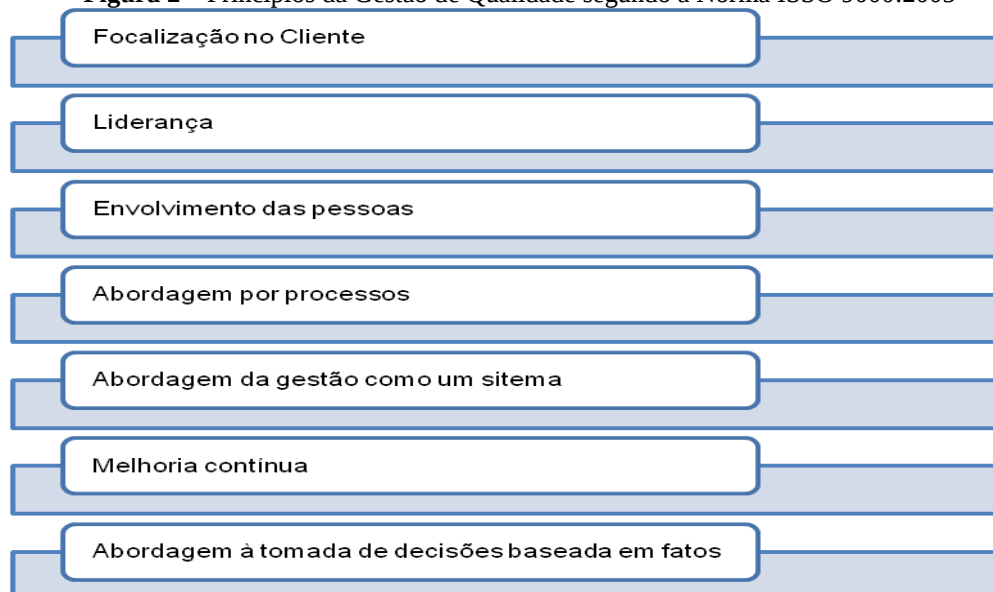
que assegurem direitos, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária, além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.

VII – Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos: a adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa, e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

Segundo Proença (2013), a gestão de qualidade possui 7 princípios, conforme a Norma ISO 9000:2005 (Figura 2).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Figura 2 – Princípios da Gestão de Qualidade segundo a Norma ISSO 9000:2005



Fonte: Proença, 2013.

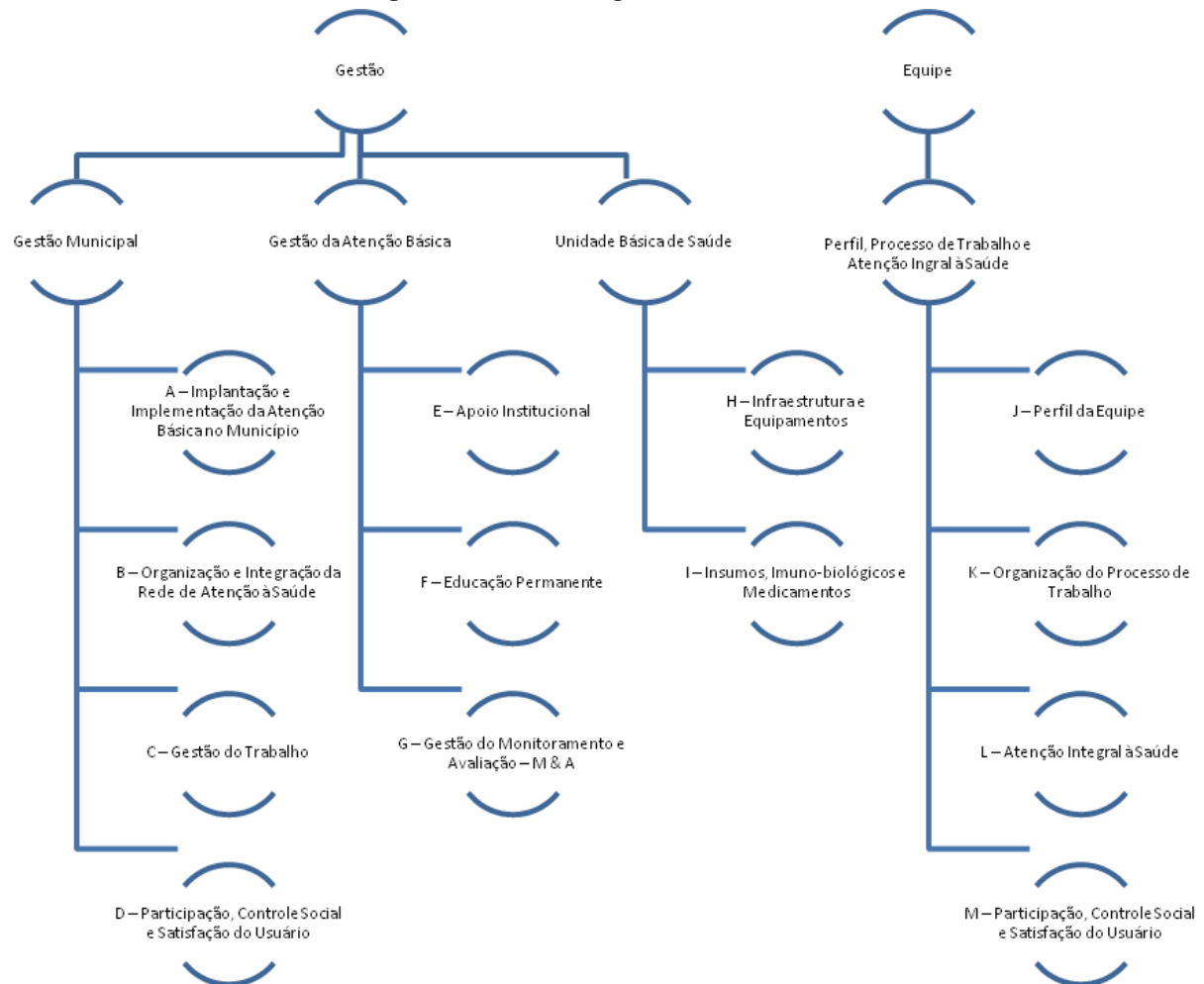
Em Lisboa *et al.* (2004) *apud* Proença (2013, p. 17), encontrar-se-ão outros princípios, que aqueles autores consideram como a base da gestão de qualidade: “visão de longo prazo, trabalho em equipa, eliminação das variações desnecessárias do processo, formação, liberdade na procura de novas soluções, autonomia e autocontrole, consenso em torno dos grandes objetivos”.

A busca pela gestão de qualidade é uma prioridade estabelecida pelo Ministério da Saúde, que, ao mesmo tempo que cria o PMAQ, cria também um instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), “reafirmando o seu compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica em todo o País.” (Ministério da Saúde, 2012, p. 12).

O AMAQ está organizado em quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica (Figura 3):

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Figura 3– Estrutura Organizacional do AMAQ



Fonte: Amaq - AB (2012, p. 23)

2. IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: UM PASSEIO PELA HISTÓRIA

O SUS é fruto de uma luta histórica protagonizada pelos movimentos sociais de base, nas décadas de 1970 e 1980, que tinham como objetivo maior possibilitar o acesso a uma saúde de qualidade para todos os cidadãos.

A partir da década de 1970, alguns projetos de medicina comunitária começaram a surgir, partindo dos ideais desenvolvidos em secretarias estaduais de saúde e no meio acadêmico. Paralelamente, se desenvolviam as primeiras experiências de municipalização da saúde (Ministério da Saúde, 2009, p. 19).

Foi neste cenário de mudanças sócio-políticas que nasceu o movimento da reforma sanitária que traria uma nova visão acerca do modelo de atenção à saúde, instigando o abandono das antigas práticas, pautadas pela privatização da saúde e que teve como principais características (MS, 2009, p. 19):

- a) A extensão de cobertura previdenciária;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas;
- c) A criação de um complexo médico-industrial;
- d) O deslocamento da prestação de serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos.

O documentário do Ministério da Saúde (2006), sobre políticas de saúde no Brasil, traça um perfil correspondente a um século de luta em busca de saúde para todos. Do tratamento autoritário que o Estado dava à saúde no início do século XX à implementação do SUS, com a Constituição Federal de 1988.

Rosa e Labate (2005, p. 1029) descrevem alguns marcos e a construção do sistema de saúde pública no Brasil e afirmam que “as estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.”

Segundo Luz (1982) *apud* Rosa & Labate (2005, p. 1027-1029), durante a Primeira República, as metas que preocupavam o governo eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, pois o comércio exterior estava ameaçado pelas constantes epidemias registradas no

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Brasil, no início do século XX, conforme se pode ver neste trecho extraído do documentário anteriormente citado:

“A situação da saúde é uma vergonha nacional. Epidemias de todas as doenças pestilentas: cólera, varíola, malária, tuberculose, febre-amarela e peste, nas principais cidades brasileiras. [...] Soube de um navio de imigrantes, que vem da Europa para a Argentina, anunciando, com vantagem, que não irá aportar nas costas pestilentas do Brasil.”

Com efeito, a economia cafeeira do país sairia bastante prejudicada pela ruptura do comércio exterior, pois com o fim da escravidão, a mão-de-obra imigrante se tornava imprescindível para a economia brasileira:

“Essas epidemias mancham o nome do Brasil no estrangeiro. Deste jeito, os imigrantes não mais virão para cá. [...] sem imigrantes, não há quem cuide do café, nem quem trabalhe em nossas fábricas. Precisamos da mão-de-obra livre do imigrante para a expansão do café. É vital sanear portos, estradas de ferro, fazendas e cidades.”

De acordo com Rosa & Labate (2005, p. 1028), a política de saúde, durante o período populista de Getúlio Vargas, era bem centralizada: “[...] A partir deste decreto, estou centralizando e uniformizando as estruturas de saúde. O Dr. Getúlio é mesmo o Pai dos Pobres!” (MS, 2006).

Após a Revolução de 1930, Getúlio Vargas cria os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) criadas pela Lei Eloy Chaves, em 1923, que, segundo Vargas, eram “poucas e ineficientes”. A partir dos IAPs, uma pequena parcela seria descontada do salário dos trabalhadores que, ao final de “uma vida de trabalho produtivo”, fariam jus a uma aposentadoria digna (MS, 2006).

Com o passar do tempo, mais IAPS iam surgindo em todo o país, porém com desigualdades perceptíveis em termos financeiros:

“[...] alguns IAPS têm muito dinheiro e estão construindo seus próprios hospitais. Entretanto, algumas empresas não estão satisfeitas com o atendimento médico que os IAPS podiam fornecer. Aí, então, que surge uma nova ideia: a medicina de grupo” (Ministério da Saúde, 2006).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

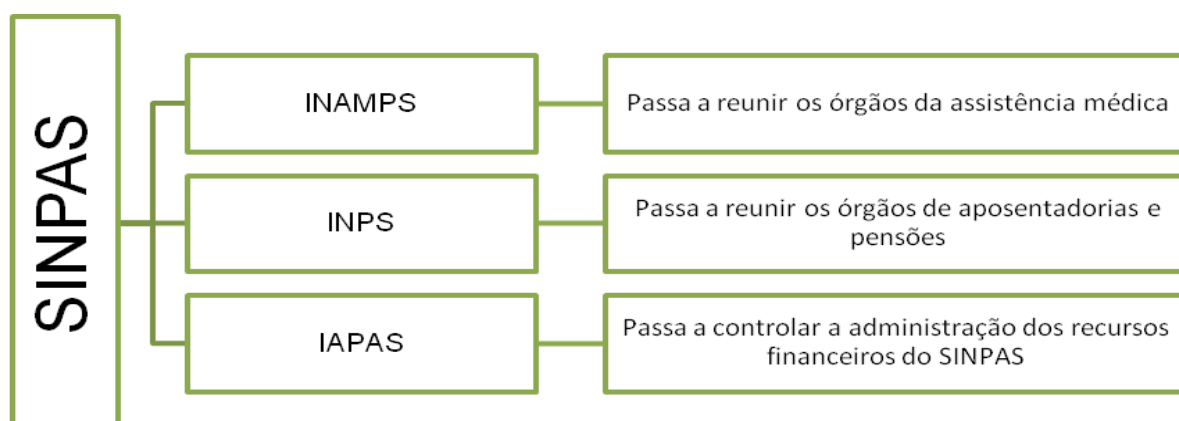
A medicina de grupo se constituía em empresas cuja finalidade era “prestar serviços médicos privados aos empregados das empresas que os contratavam” (Ministério da Saúde, 2006).

Em 1933, porém, começava-se uma preparação para a unificação dos IAPS em um instituto único – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentraria toda a renda advinda dos trabalhadores da indústria, serviços e comércio (MS, 2006). Trata-se da criação do Conselho Superior de Previdência Social – órgão de recursos em questões referentes a prestações – e do Departamento de Previdência Social – órgão de supervisão e controle geral dos institutos – ambos relacionados ao Ministério do Trabalho, onde o INPS foi criado em 1966.

Na década de 1970, houve um crescente beneficiamento da medicina curativa, os recursos que davam suporte à rede privada de assistência médica chegaram a ser financiados em mais de 80% pelo Estado, o que terminava por deixar a saúde pública caótica e inviável, já que ficava com a parcela restante de investimentos estatais - menos de 20% - (ROSA e LABATE, 2005).

Com as mudanças institucionais sofridas pelo sistema previdenciário, provocando a separação do componente benefício da assistência médica, o Governo Federal tomou a iniciativa de criar o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que se organizaria conforme a figura 4.

Figura 4 – Organização do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS)



Fonte: Adaptação da autora (MS, 2006).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Para Rosa & Labate (2005, p. 1027), essas transformações da organização do sistema de saúde fizeram com que os usuários enfrentassem duas situações difíceis: “a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde”.

No cenário internacional, acontece, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), hoje, Rússia, chamando a atenção para a necessidade de ação conjunta de todos os governos, a fim de assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos (MS, 2002).

A Declaração de Alma-Ata, como ficou conhecido o documento gerado pelos debates nesta Conferência, elencou dez princípios norteadores para um esforço de todas as nações em colaborar para que todas as pessoas do mundo tivessem acesso a um bem fundamental – a saúde (MS, 2002).

Com essa declaração, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde tenta provocar uma reação, um levante contra as desigualdades gritantes em todos os países, principalmente os que estavam em desenvolvimento. Era urgente a necessidade de que cada governante olhasse para as necessidades de seu povo e buscasse, através da cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional, a oferta de cuidados primários de saúde:

“Exorta os governos, a OMS e a UNICEF, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração” (Ministério da Saúde, 2002, p. 3).

Ao mesmo tempo, no Brasil, intensificam-se os movimentos populares pela saúde de qualidade: professores, estudantes e profissionais da saúde, todos unidos, tomam as ruas de São Paulo, para reivindicar a criação de postos de saúde. O governo instaura a censura aos meios de comunicação, especialmente a televisão, a fim de esconder as epidemias de poliomielite e meningite (Ministério da Saúde, 2006).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Em 1979, os operários começam a se organizar e a discutir os rumos do país, não só na questão saúde, mas também no concernente à qualidade de vida, remuneração do trabalho, reformas necessárias no cenário político. Surge, à frente desse movimento, o então operário que chegaria, muito tempo depois, à Presidência da República – Luiz Inácio da Silva (Lula).

Os movimentos populares não param de crescer. Em 1980, começam as reivindicações pelas eleições diretas para Presidente da República – é o movimento *Diretas Já*, que chegou a registrar mais de um milhão de pessoas em comícios pelo direito ao voto. As notícias de que a Previdência Social estava falida começavam a se alastrar e os institutos criados já não garantiam assistência médica decente ao povo, tampouco aposentadorias após anos de serviço (Ministério da Saúde, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), além da falência da Previdência Social, outro motivo contribuía para a falência da assistência médica à população:

“Nos anos 70, o governo construiu e equipou centenas de hospitais privados, por todo o país, utilizando recursos a fundo perdido. Ao mesmo tempo, o INAMPS garantiu o pagamento da clientela atendida por eles. Quando os donos dos hospitais se sentiram capitalizados, se descredenciaram do INAMPS, deixando a população sem assistência médica” (Ministério da Saúde, 2006, trecho do filme Políticas de Saúde no Brasil).

Em 1986, pessoas de todo o Brasil se reúnem para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores. Foi a maior participação popular, desde a primeira edição das conferências (Ministério da Saúde, 2006).

A grande reivindicação da 8ª CNS ou, simplesmente, “oitava”, como ficou “afetuosamente” conhecida pelos sanitaristas, foi a criação de um sistema único de saúde, que oferecesse serviços de qualidade, de forma universal, equânime e integralizada, e controlados pela sociedade. Para tanto, 98 grupos, composto por quase cinco mil pessoas, entre delegados e observadores, trabalharam, durante 5 dias, três macrotemas: “Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor” (Sophia, 2012, p. 5).

Os debates da oitava levaram à aprovação das diretrizes para a criação do SUS, que, de acordo com Teixeira (2011, p. 2), “consagra os princípios da universalidade, equidade e

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

integralidade da atenção à saúde da população brasileira”, assegurando ao povo o direito à saúde e atribuindo ao Estado o dever de ofertá-la:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, p. 33).

Em seu artigo 203, a CF de 1984 modificaria a lógica de direitos e cobertura da Assistência Social, que anteriormente, como bem conta o documentário do Ministério da Saúde (2006), era destinada, somente, a quem pudesse contribuir com as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS, criadas a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923.

“Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (CF, 1988, p. 34).

O direito à assistência médica e às várias outras formas de se promover a saúde (a esta altura, já entendidas como: moradia, emprego, lazer, dentre outros direitos sociais) deixava de ser privilégio de quem pudesse pagar, tornando-se extensiva à totalidade da população, principalmente àquelas pessoas que não pudessem pagar para serem assistidas.

A partir da regulamentação do texto constitucional para a saúde, criou-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que regulamenta, por sua vez, a forma como seriam feitas a promoção, a proteção e a recuperação da saúde preconizadas pela CF-88.

Pouco tempo depois, a partir dos vetos impostos e inseridos nesta Lei, pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, outra Lei foi criada, novamente motivada pela reação da sociedade civil organizada – trata-se da Lei 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Em 1996, com as Normas de Operação Básica (NOB) do SUS, institui-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, o

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

SUS se torna disponível para todos, seguindo os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, configurando-se como política social pública, popular e democrática.

Sobre esses princípios, o *Instituto Suramericano de Gobierno em Salud* (ISAGS, 2012), em parceria com a *Union de Naciones Suramericanas* (UNASUR), fez um estudo abrangendo os sistemas de saúde dos 12 países pertencentes a este segmento: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guyana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela, destacando os desafios registrados nesses países no que se refere ao cumprimento de tais princípios.

Para esta pesquisa, importa destacar os estudos acerca do sistema de saúde brasileiro, o SUS, sobre o qual o ISAGS (2012) afirma que os avanços conquistados ao longo de sua criação são inegáveis:

“En la actualidad, la protección social en salud en Brasil es universal y gratuita en el uso de la atención, garantizada por el SUS en sus servicios propios o servicios privados contratados. Los avances logrados por el SUS son innegables y repercutieron de forma significativa sobre los niveles de salud de la población y en la gestión del sistema. La expansión de la atención básica, la eliminación y el control de enfermedades de gran impacto sobre la salud de la población y la reducción de la mortalidad infantil son ejemplos que demuestran las conquistas obtenidas” (Isags, 2012, p. 231-232).

Para o ISAGS (2012), os avanços se concentram na expansão da atenção básica, na eliminação de enfermidades consideradas de grande impacto sobre a saúde da população brasileira e na redução da mortalidade infantil. Por outro lado, esse instituto destaca que ainda há sérios desafios a enfrentar:

“Todavía existen enormes desafíos que requieren medidas estructurantes capaces de asegurar la continuidad de las conquistas y permitir enfrentar desafíos urgentes, como el envejecimiento de la población y las causas externas de morbilidad y mortalidad, como los accidentes (sobre todo de tránsito) y la violencia interpersonal” (Isags, 2012, p. 232).

Além dos problemas relacionados ao envelhecimento da população e às causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes de trânsito, o ISAGS (2012) destaca, ainda:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

“El SUS dispone de un amplio conjunto de unidades y equipamiento de salud mediante los cuales se presta un conjunto diversificado de servicios y acciones. Sin embargo, continúan existiendo desigualdades en el acceso, como resultado, entre otros factores, de la concentración de servicios en determinadas regiones, así como también de la carencia de servicios en muchos municipios. El reordenamiento y la implantación de acciones y servicios de salud de acuerdo con las necesidades regionales constituyen asuntos prioritarios” (Isags, 2012, p. 232).

Segundo a pesquisa de ISAGS (2012), ainda existem muitas disparidades quanto ao acesso da população aos serviços de saúde, o que levou à conclusão de que a integralidade é um princípio ainda a se conquistar: “Considerando la atención básica como un eje de estructuración y de organización de las redes de salud, la integralidad es un principio a conquistar” (p. 238).

Os estudos do ISAGS (2012) demonstraram, também, que a adequada assistência na atenção básica, no concernente aos atendimentos de urgência e emergência continuam sendo um grande desafio para o SUS e deve constituir um ponto de destaque na agenda de gestores, nas três esferas de governo.

O instituto destacou como entraves para a implementação do SUS:

“1) Financiación insuficiente. 2) Heterogeneidad de la capacidad gestora entre estados y municipios. 3) Insuficiencia de oferta de acciones, principalmente de media y alta complejidad. 4) Regulación de los servicios incipiente en algunas localidades. 5) Problemas en el ámbito de la calidad de las acciones y de los servicios ofrecidos. 6) Dificultades en la contratación y en la fijación de profesionales en regiones alejadas, donde el acceso es más remoto, principalmente médicos, conllevando a una distribución desigual y no equitativa de recursos y del propio acceso. 7) Falta de articulación entre las necesidades de formación profesional para la salud y los órganos formadores. 8) Incipiente integración de la red de atención a la salud en muchas regiones. 9) Déficit de camas disponibles, especialmente en clínica médica y cuidados intensivos, lo que aumenta el tiempo de espera de los pacientes en las puertas de entrada de los servicios de urgencias. 10) Insuficiencia de acciones de promoción y prevención de daños que impacten en las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y la violencia y reduzcan la necesidad de atención a las urgencias” (ISAGS, 2012, p. 242-243)

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Com efeito, os entraves apontados pelo ISAGS (2012) interferem no planejamento das ações de saúde, bem como sua abrangência e profundidade, uma vez que, para interferir em uma dada realidade, se necessita de um mínimo de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem a prestação dos serviços e a realização das ações planejadas.

Nesse contexto, vale ressaltar a importância da PMAQ e o instrumento que auxilia na implementação desta política, a AMAQ, citados anteriormente e cuja adesão implica na transformação positiva de todo o quadro de saúde, promovendo ainda mais os princípios e diretrizes do SUS, por meio de ações e serviços desenvolvidos no âmbito da atenção básica, por meio das unidades de PSF distribuídas nas regiões brasileiras, antecedidas, inicialmente, pelo PACS.

Segundo Carvalho (2010, p. 17), o PACS foi entendido, inicialmente, como uma “política de focalização”, por se voltar para os “pobres e excluídos” Paim (2008) “das áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste”, efetuando ações de controle da epidemia de cólera e outras diarreias, como foco na terapia da reidratação oral (TRO) e orientação à imunização (Giovanella *et al.*, 2008).

No entanto, apesar do seu foco inicial, foi através do PACS que a percepção da família, como foco de ação, foi introduzida nos serviços básicos de saúde (Rosa & Labate, 2005). Em 1993, é lançado, nacionalmente, o PSF:

“Integrado, posteriormente, ao PACS, a fim de reorganizar a assistência à saúde, a partir de novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, o PSF é lançado nacionalmente no Brasil, em 1993, buscando superar a “insatisfação da população”, “desqualificação profissional” e “iniquidades” (Ribeiro, 2013, p. 4).

Para o Ministério da Saúde (1997), o PSF se constitui em estratégia que visa atender o indivíduo e a família, de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Seu objetivo é reorganizar a prática assistencial, anteriormente centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.

Conforme apontam Rosa & Labate (2005), o PSF traz propostas para impulsionar a mudança de concepção sobre a atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

De acordo com as diretrizes nacionais do PSF, as equipes de saúde da família atuam “com base na descrição de clientela, eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, no trabalho de equipes multiprofissionais, dentre outros” (Carvalho, 2010, p. 17).

Ainda segundo as mesmas diretrizes, Sousa (2009) afirma que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família teria como características marcantes: a interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, articulação intersetorial e participação popular.

Inicialmente, entretanto, o PSF ainda guardou algumas características de um programa focalizado, concentrado em áreas desassistidas, normalmente localizadas em municípios selecionados de acordo com o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Desta forma, absorvia a demanda não assistida na Atenção Primária (AP), mas não mantinha articulação com os demais serviços do sistema (Carvalho, 2010, p. 17).

Segundo Aquino *et al.* (2009), sendo considerado um serviço vertical do Governo Federal, tendo o seu financiamento feito por convênios celebrados entre Prefeituras e Ministério da Saúde/FNS e priorizando as áreas mais vulneráveis, o PSF foi alvo de inúmeras críticas e de certa resistência no setor saúde.

No âmbito do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a discussão sobre a mudança do modelo de atenção à saúde seria, então, retomada pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), o que viria a fortalecer o PSF “como principal aposta do Ministério da Saúde para a atenção básica, demonstrada através de ações concretas em relação ao seu financiamento” (Carvalho, 2010, p. 18).

Criado em 1992 e implantado somente a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais que estavam substituindo os sistemas GAP e SICAPS para financiar os atendimentos ambulatoriais, o SIA/SUS foi amplamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em 1996.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), a partir de 1997, o SIA/SUS passou a processar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e um documento numerado e autorizado chamado Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

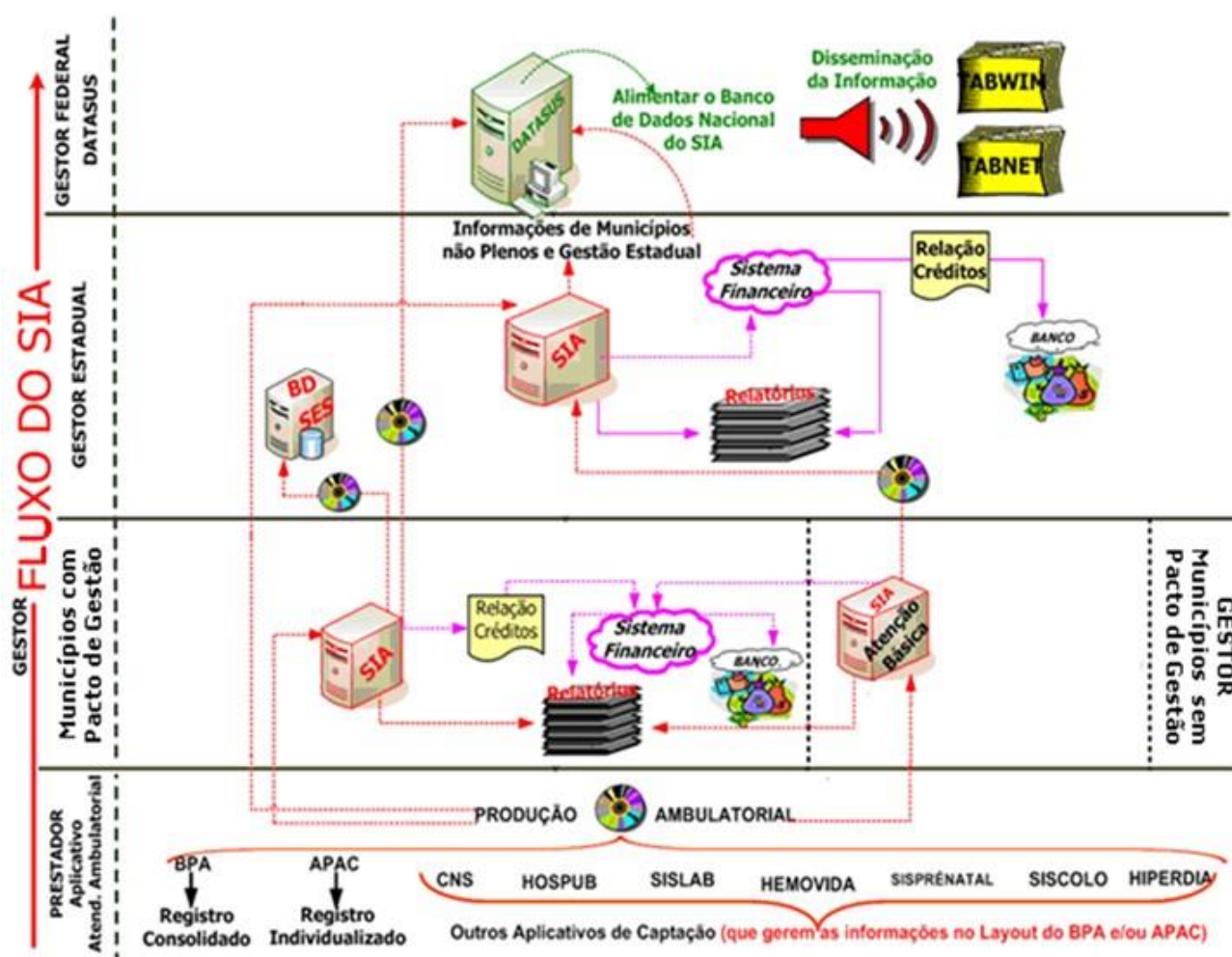
A cada mês, os gestores enviam, para a Base de Dados do SUS – o DATASUS, uma base de dados contendo a totalidade dos procedimentos realizados em sua gestão, desta forma complementando os dados tabulados pelo DATASUS, através do Sistema de Informações

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Hospitais do SUS (SIHSUS), além de fornecer ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (SAS/DRAC) os valores do Teto de Financiamento a ser repassado para os gestores.

O SIA/SUS (figura 5) recebe a transcrição do BPA e da APAC, consolida e valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde, em seguida, aprova o pagamento.

Figura 5 – Fluxo de funcionamento do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)



Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Para Aquino *et al.* (2009), a transparência efetivada por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), em 1996, e a transferência da gestão do

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

PSF para a Secretaria de Assistência à Saúde, em 1995, contribuíram para a reorganização do SUS.

No âmbito da ABS, o usuário recebe o primeiro atendimento, que servirá de porta de entrada obrigatória aos serviços de assistência, através do PSF. Nesse sentido, a missão do PSF tanto no âmbito individual como coletivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, promovendo uma atenção integral, universal, equânime, integrada com outras áreas e de qualidade para toda a população assistida (Peixoto, 2013).

A organização local de cada serviço de atenção básica de saúde, desenvolvido por intermédio da equipe multidisciplinar do PSF, composta de médico, dentista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de enfermagem (AE), e agentes de saúde bucal (ASB), é orientada pela análise das características particulares de cada população (MS, 2007).

Dentre as atribuições do PSF, uma vez que por ele se concretizam os serviços e ações da ABS, estão:

“As demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (Schraiber & Mendes, 1999 *apud* Rosa & Labate, 2005).

Rosa & Labate (2005, p.1031) afirmam que o adequado funcionamento das equipes de PSF é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade onde cada uma está estabelecida, “prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população”.

Na visão de Black & Gregersen (1999) *apud* Peixoto (2013), os gestores, profissionais de saúde, usuários e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) são os idealizadores do planejamento das ações e serviços que serão ofertados nas unidades de PSF e este planejamento é um instrumento de construção coletiva, fruto das trocas de conhecimentos e experiências vividas por cada um e analisadas sob prismas diferentes.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Acredita-se que a gestão do município deve acompanhar e avaliar a situação de saúde na Atenção Básica da população descrita e assistida, com subsídios para planejar e tomar decisões. Tal planejamento deve ser participativo, pois, após os resultados da avaliação dos serviços e com a aplicação da AMAQ e outras ferramentas de gestão, detectam-se erros e dificuldades que orientarão as estratégias necessárias para promover a mudança nas organizações e no funcionamento dos serviços e ações de saúde na AB (Peixoto, 2013).

Para Vecina Neto & Mallik (2012), apesar da conquista do SUS, dos sistemas de saúde e apoio expressivo à expansão do PSF, novos desafios impõem urgência em aperfeiçoar e inovar o sistema organizacional público, dentre os quais se destaca a excelência na qualidade da gestão e dos serviços, foco principal desta pesquisa.

Apesar de ser entendido como uma “boa ideia”, merecidamente elogiada, o SUS encontra-se ainda distante do projeto que o descreve, como afirma José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), em 2008.

Amaral (2008), chama a atenção da classe médica para a importância de intervir no processo de definição de prioridades para fazer o SUS avançar e adequar-se às necessidades particulares de cada região do Brasil, valendo-se do privilégio de serem, ao mesmo tempo, cidadãos brasileiros e técnicos da saúde, com conhecimento sobre a matéria e experiência clínica acumulada, em decorrência do convívio com pacientes em seus consultórios.

De acordo com Amaral (2008), o termo “crise”, frequentemente associado ao momento vivido pelo SUS, é totalmente inapropriado, uma vez que os problemas persistem desde 1970. Para ele, os problemas estruturais, ignorados até então, precisam ser atacados, a fim de que a situação não seja mascarada por manobras políticas, como vem acontecendo.

Na visão de Nunes (APM, 2008), a saúde é um produto social e não pode, portanto, ser encarada como ausência de doença, mas como um processo construindo ativamente, combatendo tudo aquilo que piora a qualidade de vida das pessoas.

Em relatos de Oliveira Filho *et al.* (2012), encontrar-se-á um retrato do PSF em dois bairros de Campina Grande/PB. O estudo buscou compreender como os usuários daquela cidade se veem diante do PSF e os conceitos que associam a este. Os relatos obtidos nas entrevistas indicaram o desafio da implantação de políticas públicas que estimulem “o protagonismo dos atores sociais envolvidos, para que se tornem sujeitos ativos no processo de produção de saúde”:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

“O PSF, em termos ideológicos, situa-se em um dos lados de uma polarização que confronta duas propostas nas ciências da saúde. De um lado, temos a proposta que enfatiza a especialização e posiciona o hospital como um lugar privilegiado de exercício das práticas profissionais. De outro, temos a proposta fundamentada na estratégia de Atenção Primária à Saúde, que trabalha com o conceito de promoção da saúde, e não somente com o de prevenção, com a ideia de formação generalista para os profissionais de saúde, e com o entendimento de que as práticas de saúde não devem limitar-se à doença em si, mas devem levar em conta o contexto sociocultural onde ela se manifesta. No Brasil, o PSF apresenta-se como uma estratégia alinhada a essa última proposta, visando a implantar um modelo de atenção à saúde da família em todos os seus aspectos [...] deparamo-nos com usuários que ressaltam as qualidades do PSF, como o fato de as residências se localizarem próximo às unidades e o bom atendimento prestado pelos profissionais. Defrontamo-nos também com aqueles que relatam insatisfação com os serviços, sobretudo no que se refere ao mau atendimento dos profissionais, à falta de medicação e à demora no atendimento” (Oliveira Filho *et al.*, 2012, p. 606).

Segundo Oliveira Filho *et al.* (2012), o PSF brasileiro foi inspirado nas experiências vivenciadas em outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá e teve como principal objetivo reorganizar em novos parâmetros a atenção primária à saúde.

Em 2011, foi desenvolvida, no Brasil, uma pesquisa inovadora, executada por dois médicos espanhóis, com 40 anos de experiência prática clínica em AP e 30 anos de docência e pesquisa internacional, em organização de serviços e em avaliação de reformas. A intenção era avaliar a ESF e sua aplicação na prática, na busca de sua melhoria (Gérvas & Fernández, 2011).

Ao analisar os acertos, erros e carências, os autores ainda propuseram mudanças visando à eficiência, equidade, qualidade técnica e à segurança e aos direitos dos pacientes. Buscaram, basicamente, responder à seguinte questão: "como construir uma Atenção Primária forte no Brasil?" Para eles, a resposta pode estar na transformação da ESF em uma estratégia federal e sua expansão até cobrir 100% da população. Uma **ESF apenas para pobres** acaba sendo uma **ESF pobre** (grifo nosso).

Gérvas & Fernández (2011) visitaram 70 centros de saúde, distribuídos em 32 cidades e 19 estados e entrevistaram mais de 500 profissionais, concluindo que a Estratégia de Saúde da Família tem sido uma estratégia acertada, porém com “luzes e sombras”, indicando uma ampla margem para a melhoria, conforme quadro abaixo:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Quadro 1 – Itinerário, Coordenadores e Centros de Saúde Visitados por Gervaz e Fernández (2011)

DATA	LOCAL	SUPERVISOR LOCAL E OUTRAS OBSERVAÇÕES
12/04/2011	Curitiba	Marcelo Garcia Kolling
13/04/2011	Curitiba	Visitas a Vila Verde e Taiz Viviane Machado
14/04/2011	São João dos Pinhais	Visite a Riacho Doce e Crystal.
15/04/2011	Curitiba	Visita a Monteiro Lobato e Érico Veríssimo.
17/04/2011	Porto Alegre	José Mauro C. Lopes.
18/04/2011	Porto Alegre	Visitas a Nossa Senhora Aparecida e Ernesto Araújo.
19/04/2011	Florianópolis	Marcel Dohms. Visitas a Prainha e Saco Grande
20/04/2011	Florianópolis	Visitas a Ingleses e Córrego Grande.
24/04/2011	São Paulo	Fernanda Plessmann de Carvalho
25/04/2011	São Paulo	Visitas a Jardim São Jorge e Mata Viagem
26/04/2011	Rio de Janeiro	José Carlos PJúnior e André L. Justino. Visita a Maria do Socorro.
27/04/2011	Rio de Janeiro	Visitas a Hans Dohme (Praia de Brisa) e Felipe Cardoso.
27/04/2011	Vitória	Marcelo Dalla e Bernardina Dalla
28/04/2011	Vila Velha	Visita a Deomar Bittencourt.
28/04/2011	Belo Horizonte	Daniel Knupp Augusto
29/04/2011	Belo Horizonte	Visitas a Santos Anjos, Floramar e Lajedo.
01/05/2011	Goiânia	Sandro Rodrigues Batista
02/05/2011	Goiânia	Visitas a Jardim Guanabara I e Jardim Guanabara III
03/05/2011	Goiânia	Visitas a Vera Cruz II e Grajaú.
04/05/2011	Goiânia	Visitas a Santo Hilario e do Parque Atheneu.
05/05/2011	Goiânia	Visitas a Vila Mutirão e Novo Vila Planalto.
06/05/2011	Goiânia	Visitas a Leste Universitário e Aruanã III.
07/05/2011	Manaus	Ricardo Amaral Filho.
09/05/2011	Manaus	Visitas a Silas Campos, 17 e 42.
10/05/2011	Manaus	Visita a TELESSAÚDE.
10/05/2011	Belém	Yuji Ikuta.
11/05/2011	Ananindeua	Visitas a São Judas Tadeus, Pirajá e Águas Lindas.
30/05/2011	Salvador	Leandro Barretto.
31/05/2011	Vera Cruz	Visitas a Jiribatuba e Gameleira.
06/06/2011	Maceió	Danyel Alves.
06/06/2011	Aracaju	Visitas a José Machado de Souza e Santa Terezina.
07/06/2011	Maceió	Visita a CASSI.
01/06/2011	Salvador	Visitas a Vida Plena e Gamboa
02/06/2011	Aracaju	Rubens Araújo de Carvalho.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

03/06/2011	Aracaju	Visitas a João Becerra e Manoel de Sousa Pereira.
08/06/2011	Maceió	Visita a Robson Cavalcante de Melo.
08/06/2011	Recife	Verônica Cisneiros.
09/06/2011	Recife	Visitas ao Alto do Pascoal e Parque dos Milagres.
10/06/2011	Recife	Visitas a Cidade Operária e Córrego da Bica.
13/06/2011	Camaragipe	Visitas a Araçá e Paulo Afonso.
13/06/2011	João Pessoa	Felipe Proença de Oliveira.
14/06/2011	João Pessoa	Visitas a Mudanças de Vida e Cidade Verde.
15/06/2011	João Pessoa	Visitas a Nova Esperança, Gramame e PACS Colinas II.
15/06/2011	Natal	Thiago Trindade.
16/06/2011	Natal	Visitas a Planícies das Mangueiras e Soledade 1
17/06/2011	Macaíba	Visitas a Lagoa do Sítio e Cana Brava.
19/06/2011	Fortaleza	Emílio Rossetti.
20/06/2011	Sobral	Olivan S Queiroz. Visitas a Herbert de Sousa e Everton Mont'Alverne.
21/06/2011	Fortaleza	Visitas a Frei Tito (Praia do Futuro) e Lineu Juca (Barra do Ceará).
26/06/2011	Teresina	Ana Medeiros
27/06/2011	Teresina	Visitas a Adelino Matos e Teresa Melo Costa.
27/06/2011	São Luís	Walquíria Soares
28/06/2011	São José de Ribamar	Visita a Panaquatira. São Luís. Visite Gapara.

Fonte: Gervas & Fernández, 2011.

Em geral, os estados do Sul, com cidades como Curitiba, São José dos Pinhais, Porto Alegre e Florianópolis estão mais perto de um "modelo europeu e canadense" de Atenção Primária (Gervas & Fernández, 2011). Ainda constataram que o SUS do Brasil cobre 60% da população com os centros de saúde que desenvolvem a ESF (atenção gratuita na ponta do serviço, com equipes de AP e de Odontologia):

“Diversas avaliações permitem afirmar a idoneidade desta Estratégia de Saúde. No entanto, geram dúvidas quanto ao seu êxito em longo prazo: as resistências à sua difusão, o crescente desenvolvimento das Unidades de Pronto Atendimento (como válvula de escape aos problemas de acesso e de atenção a demanda não programável) e a expansão das alternativas privadas (planos de saúde e clínicas populares, entre outros)” (Gervas & Fernández, 2011, p. 4).

Conforme citado anteriormente, na visão de Gervas & Fernández (2011), a saída para a resolução dos entraves para a expansão da ESF pode estar em transformá-la em um modelo federal, o que, em si, traria algumas implicações:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

- a) Uma Atenção Primária centrada no paciente e sua família, e na comunidade, universal, integral (preventiva, curativa e reabilitadora), descentralizada e com participação popular;
- b) Uma Atenção Primária forte e resolutiva, muito acessível, com profissionais polivalentes capazes de responder neste nível a 90% das necessidades da população;
- c) Uma Atenção Primária com o médico de família como primeiro contato médico, de perto com a equipe funcional, capacitado e dotado com tecnologia adequada;
- d) Um SUS em que todos os especialistas (inclusive pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos de família, de forma que estes coordenem de forma efetiva os serviços (com independência do lugar e momento em que se prestem);
- e) Um SUS em que a AP seja de país desenvolvido (bem-dotada em tecnologia e ciência) e filtro para o nível especializado, como corresponde a um Brasil moderno, saudável e competitivo.

Em síntese, Gérvas & Fernández (2011) apontaram o que consideraram como maiores acertos, maiores erros e maiores carências da ESF no Brasil (quadro 2).

Quadro 2 – Maiores erros, acertos e carências da ESF no Brasil.

MAIORES ACERTOS	MAIORES ERROS	MAIORES CARÊNCIAS
a) a sua própria existência, ao longo de décadas; b) a mudança de modelo com profissionais generalistas, conservando os agentes comunitários de saúde (ACSs), ao mesmo tempo em que se introduziu o médico da família; c) a inclusão de serviços de farmácia e odontologia nas UBSFs; d) o compromisso Federal, Estadual e Municipal em seu desenvolvimento; e) a independência da prática clínica da influência direta da indústria farmacêutica; f) a dotação de pessoal variado, agrupado em equipes multidisciplinares que se entregam	a) a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ancorada em um modelo para país pobre por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial; b) a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, fomentam um modelo rígido e fragmentado de atendimento e, ainda, muitas vezes, têm fundamento científico frágil; c) a ênfase em uma “visão preventiva” que acarreta o escasso desenvolvimento da atividade clínica curativa (descumprindo com o princípio de integralidade); d) o encaminhamento excessivo aos especialistas e a urgências (com as consequentes listas de espera)	a) a falta de prestação de uma ampla categoria de serviços curativos e preventivos, “normais” e de urgência, nas UBSFs ou no domicílio (o que explica, entre outras coisas, junto às listas de espera, a avassaladora implantação das Unidades de Pronto Atendimento e o sucesso dos diferentes “planos de saúde privados” e “clínicas populares”); b) a escassa coordenação entre níveis de atendimento, com duplicação de serviços; c) a falta de médicos da família qualificados para cobrir todos os postos de tais (chegam apenas a 5% do total das Equipes) e, em

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

decididamente a seu trabalho; g) a inclusão de medicamentos suplementares; h) o desenvolvimento da Telessaúde; i) a implantação prioritária em zonas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.	por uma organização em que quase todos os profissionais fazem menos do que poderiam; e) a “ocupação” dos centros de saúde-UBSFs e, em geral, dos serviços, pelos pacientes e sadios “estáveis e obedientes” (capazes de cumprir as consultas e normas rígidas); f) a utilização rotineira exagerada dos recursos disponíveis (por exemplo, a triagem pelos auxiliares dos pacientes todas as vezes que consultam, ou a persistência do uso das salas de nebulização, ou a utilização exagerada de antibióticos nas cistites); g) uma política de pessoal, salários e incentivo muito variável, e que não fomenta a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem.	geral, a falta de médicos (muitas UBSFs trabalham rotineiramente com Equipes nas quais não há médico, ou somente por curtos períodos de tempo); d) a falta de desenvolvimento de Equipes funcionais às quais sejam delegadas funções e responsabilidades de forma que cada profissional enfrente casos complexos apropriados à sua formação; e) a ausência de uma política de fomento do trabalho com dedicação exclusiva; f) uma deficiente política de formação e inserção da Medicina de Família em conjunto docente assistencial.
---	---	---

Fonte: Gervaz & Fernández (2011).

No dizer de Gervaz & Fernández (2011), os fatos fazem pensar que, como em todos os países, há um abismo entre a teoria e a prática, com a grande variabilidade segundo os Municípios; a destacar os problemas de acessibilidade, de integralidade e de coordenação.

Para esses autores, o abismo entre a eficácia e a efetividade na prestação de serviços sanitários é um problema mundial, e não seria diferente no Brasil:

“O déficit curativo vai contra o princípio da integralidade do SUS (os outros princípios são: universalidade, descentralização, equidade e participação popular), e as dificuldades para o acesso e a escassa resposta à demanda espontânea e às urgências, contra os princípios da política Nacional da Atenção Básica (a ESF). A escassa, ou nula, coordenação vai contra à saúde dos brasileiros e impede que a missão do SUS e da ESF seja alcançada. [...] no SUS, e nas UBSF, há uma abundância de “coleta de dados”, às vezes burocrático, que consome tempo e esforço incalculável. No entanto, não constitui em um verdadeiro sistema de informações para tomar decisões e avaliar suas consequências. Em muitos casos são dados do processo que não costumem medir a cobertura das atividades (por exemplo, se sabe o número de citologias realizadas, mas não as mulheres que nunca fizeram uma citologia). [...] equivocadamente, ao contrário da Política Nacional de Atenção Básica, em muitos casos, entende-se que UBSF deve ser dedicada quase exclusivamente “para prevenção e promoção da saúde”, a programas e protocolos verticais de

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

diferente índole (da criança sã, mulher grávida, hipertensão, etc.). Isso leva à organização comum de atendimento em "programas", com turnos de manhã-tarde para, por exemplo, mulheres grávidas, crianças, hipertensão, domicílios, citologias e outras. Na prática existem dificuldades para lidar com os que não são pacientes "programados" (agendados) e sua capacidade de resolução é baixa. A resposta a urgências, mesmo pequenas, e a emergências é, geralmente, muito pobre" (Gérvás & Fernández, 2011, p. 15).

Como regra geral, as estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são suficientes, mas o ambiente e o projeto são frios e impessoais. [...] não existem incentivos para a dedicação exclusiva e a realização de plantões em Unidades de pronto atendimento é algo comum entre os médicos da equipe.

3. METODOLOGIA

Este estudo tem por objetivo compreender de que maneira se desenvolve a Gestão de Pessoas, no sentido de prover condições físico estruturais, psicológicas, financeiras e administrativas (respeito às leis trabalhistas) existentes no âmbito das unidades de saúde, bem como a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços por estes realizados junto à comunidade, mediante as condições que lhes são oferecidas.

Para tanto, traçou-se, como objetivos específicos: 1) levantar informações sobre o processo de gestão de pessoas na Secretaria Municipal de Saúde de São José da Laje/Al; 2) identificar a metodologia aplicada pelos gestores públicos na gestão de pessoas ligada aos serviços de saúde; 3) analisar como a qualidade de serviços em saúde está relacionada ao processo de gestão de pessoas; 4) conhecer a percepção dos profissionais quanto à qualidade do atendimento e aos serviços ofertados nas oito Unidades de Saúde da Família de São José da Laje – AL.

3.1 Tipo de investigação

Este estudo possui abordagem quanti-qualitativa, pois busca identificar aspectos que não podem ser mensurados diretamente, através de indicadores mensuráveis, proporcionando melhor visão e compreensão do contexto do problema. Possui, ainda, uma característica exploratória, geralmente ocorrendo com pequenas amostras. Buscou-se a apuração das opiniões claras e conscientes emitidas pelos entrevistados, procedendo-se a tabulação dos dados e, concomitantemente, a geração de gráficos e cruzamentos necessários para a análise das questões de interesse para esta pesquisa.

Explorar dados quantitativos de qualquer natureza produz informações consistentes que permitem identificar situações-problemas no serviço público e no trabalho profissional, de forma bem precisa e com um custo operacional menor (Richardson, 2010).

Por outro lado, a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela tentativa de compreensão detalhada da realidade situacional estudada, a partir das respostas obtidas dos respondentes

acerca dos significados e características por estes atribuídos às variáveis abordadas (Richardson, 2010).

Para Minayo (2009), a pesquisa qualitativa oferece respostas a questões particulares, ocupando-se de um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, corroborando com Richardson quando afirma que a pesquisa qualitativa se remete ao universo dos “significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2009, p. 21).

A pesquisa quantitativa é utilizada quando se deseja garantir a precisão dos resultados, evitando-se distorções de análise de interpretação e possibilitando, ainda, uma margem de segurança quanto às inferências, isto é, é projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados, a exemplo dos questionários, cujo uso se justifica quando se sabe exatamente o que se deve perguntar para atingir os objetivos. Os questionários permitem que se realizem projeções para a população representada e tais projeções testam de forma precisa as hipóteses levantadas para a pesquisa, além de fornecerem índices que podem ser comparados a outros.

3.2 Universo e amostra

O termo amostragem refere-se ao processo pelo qual tem-se uma amostra e deve ser realizada com técnicas adequadas (amostra probabilística) para garantir a representatividade da população em estudo.

Para Oliveira (2011), a amostragem é uma etapa de extrema importância para o delineamento da pesquisa, sendo capaz de determinar a validade dos dados obtidos.

Mattar (1996, p. 133) afirma que a amostragem se refere “à coleta de dados relativos a alguns elementos da população e à sua análise, que pode proporcionar informações relevantes sobre toda a população.”

Uma amostragem será probabilística se todos os elementos da população tiverem uma probabilidade conhecida, diferente de zero, de pertencer à amostra. Assim, a amostragem probabilística implica um sorteio com regras bem definidas (quadro 3).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Quadro 3 – Desvio-padrão a partir do nível de confiança desejável

Valor de Z (Distribuição Normal)	Probabilidade (confiança)
1,645	90%
1,960	95%
2,329	99%

Fonte: Duarte (2013)

As pessoas envolvidas nesta pesquisa serão gestores da saúde de São José da Laje, profissionais e usuários (quadro 4).

Quadro 4 – Indivíduos Pesquisados

QUEM	QUANTIDADE
Profissionais de Nível Médio	64
Profissionais de Nível Superior	23
TOTAL	87

Fonte: Dados da Pesquisa

O enfoque adotado justifica-se na medida em que se trabalhará com erro amostral de 5% ($\alpha=0,05$), caracterizando um nível de confiança de 95%. Assim, para precisar a margem de confiança adotada, utilizou-se o cálculo da população finita e, portanto, obteve-se o resultado de que serão precisos 71 questionários válidos, dentre a população de 87 profissionais das unidades de PSF, atendendo aos anseios da investigação com enfoque probabilístico.

Usualmente, trabalha-se com uma estimativa de erro máximo permitido entre 3 e 5%. Quando não é possível estabelecer previamente a percentagem com o qual o fenômeno se verifica, adota-se o valor máximo de 50 para p (Campos, 2013). A fórmula para calcular a amostra de uma população finita (até 100.000 habitantes) está descrita no quadro 5.

Quadro 5 – Cálculo para determinar a amostra de uma população finita

Fórmula	Legenda
$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$	n = tamanho da amostra σ = nível de confiança escolhido, expresso em número de desvio padrão p = percentagem com a qual o fenômeno se verifica q = percentagem complementar (100 – p) N = tamanho da população e = erro máximo permitido

Fonte: Campos (2013).

3.3 Recolha dos dados (métodos e técnicas)

O método utilizado explorou os dados quantitativos que, de acordo com Freitas e Janissek (2000, p. 7), “[...] por produzir informações consistentes que trazem respostas ágeis às situações problemas no dia-a-dia do serviço público e no trabalho do profissional. ”

Como instrumento de recolha dos dados, utilizou-se questionários voltados tanto para quem promove os serviços de saúde no município como, principalmente, para quem os utiliza.

Para Gil (1999 *apud* Oliveira, 2011), o questionário é uma técnica de investigação composta por um número de questões apresentadas às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

Segundo Laville & Dionne (1999, p. 183), “os questionários são utilizados, como a abordagem mais usual, para interrogar os indivíduos que compõem e utilizam dos serviços de saúde.” Incluíram-se, portanto, questionários cujas perguntas respondessem aos objetivos específicos desta investigação.

Ao iniciar a elaboração dos questionários, optou-se por perguntas que tivessem respostas dicotômicas, de múltipla escolha, escala tipo Likert, visando auxiliar na compreensão do problema, como também na redação final da presente investigação.

A escala de Likert é um tipo de escala muito usada em questionários e a mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação, ou seja, mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta que variam de um extremo a outro. E, considerando as dimensões e subdimensões elencadas na AMAQ, utilizou-se os conceitos: discordo plenamente (DP1), discordo parcialmente (DP2), nem concordo/nem discordo (NC/ND), concordo parcialmente (CP1) e concordo plenamente (CP2).

Sendo assim, aplicou-se o mesmo questionário para os funcionários das oito unidades de PSF citadas anteriormente, a fim de conhecer a percepção destes em relação aos serviços prestados em saúde, nos seus respectivos espaços de trabalho.

Para tanto, os funcionários que fazem parte da gestão de saúde do município estudado foram questionados acerca de itens como: motivação, reconhecimento profissional, capacitações oferecidas pela organização, qualidade de vida, valorização profissional e o PCCS

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

(Lei 8,142 – Artigo 4º, VI). Enfim, buscou-se entender como os gestores da saúde e o prefeito do município administram e promovem a unificação da gestão de pessoas e de qualidade em saúde.

Por outro lado, os funcionários do sistema e serviços de saúde foram entrevistados sobre quais são as estratégias e mudanças organizacionais utilizadas pela gestão para promover um serviço de assistência à saúde de excelência, bem como uma gestão de pessoas motivada e com qualidade profissional.

Foi utilizada uma linguagem simples e focada no público-alvo desta pesquisa (profissionais de saúde dos PSFs de São José da Laje/AL) na construção dos questionários, com perguntas diretamente relacionadas aos problemas e conflitos mais difíceis e rotineiros, procurando-se, ainda, descrever a realidade sobre o acesso, a qualidade e as melhorias implantadas no município.

3.4 Análise e levantamento dos dados

Severino (2012, p. 118) afirma que:

“Antigamente o método quantitativo era caracterizado pela configuração experimental-matemática, e denominado positivista. Com o passar do tempo o método se tornou ineficaz, por deixar escapar importantes aspectos relacionados com a condição específica do sujeito em estudo.”

Já Richardson *et al.* (2010, p. 70-71). afirmam:

“Este método caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. (...) Representa, em princípios, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências.”

Com base na tabulação dos dados obtidos após a aplicação dos questionários, passou-se à análise estatística das respostas, com a utilização da ferramenta Microsoft Excel 2010 e o uso

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

de distribuições de frequências, tabulações simples e geração de gráficos, possibilitando fazer referências cruzadas e uma análise multivariada dos resultados.

As técnicas de análise multivariada são utilizadas para descobrir regularidades no comportamento de várias variáveis e para testar modelos alternativos de associação entre tais variáveis, inclusive determinando quando dois ou mais grupos diferem em seu perfil multivariado (Oliveira, 2011).

4.2 Análise dos dados

O instrumento escolhido e utilizado para a coleta de dados foi um questionário, composto de perguntas fechadas e organizado em duas partes, para facilitar o alcance dos objetivos.

A primeira parte do questionário objetivou construir o perfil dos entrevistados, abordando questões sobre idade, sexo, grau de formação, tempo de serviço do respondente no PSF, informações sobre exercício de cargo de chefia, áreas de atuação do entrevistado, propriedade ou sociedade em clínicas ou estabelecimentos afins, negócio próprio e outros possíveis vínculos empregatícios, além do próprio PSF onde o respondente se achava lotado.

A pesquisa contou com a participação efetiva de oitenta e três profissionais dos estabelecimentos de PSF, distribuídos na cidade de São José da Laje, os quais foram anteriormente citados na apresentação desta pesquisa. Ressalta-se que dois funcionários do ensino superior estavam em gozo de férias e dois profissionais do ensino médio devolveram a pesquisa sem responder a nenhuma pergunta do questionário.

Tabela 1 – Total de Respondentes por Faixa Etária

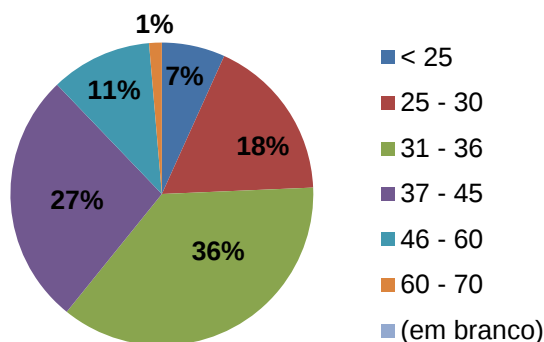
Faixa etária	Nº de Respondentes
<25	5
25 - 30	13
31 - 36	27
37 - 45	23
46 - 60	10
60 - 70	1
Abstenções	4
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Dentre os respondentes, apenas uma pessoa possuía mais de 60 anos, enquanto a maior concentração está na faixa etária de 31-36 anos e apenas cinco pessoas possuem menos de 25 anos, o que pode ser melhor visualizado no gráfico 1.

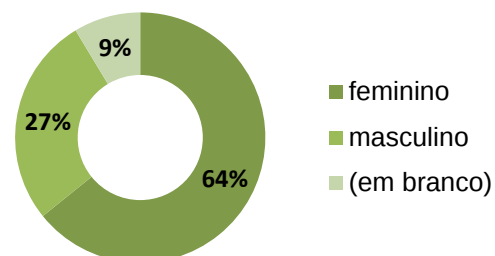
Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 1 – Respondentes por faixa etária



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Gráfico 2 – Respondentes por sexo



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Vale destacar que das 74 pessoas que efetivamente responderam ao questionário proposto, 52 eram do sexo feminino e 22 do sexo masculino (tabela 2), o que perfaz um percentual de 64% para respondentes do sexo feminino contra 27% dos homens (gráfico 2).

Tabela 2 – Número de respondentes por sexo

Rótulos de Linha	Contagem de Questionários
Feminino	57
Masculino	22
Abstenções	4
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Dentre as mulheres que responderam à pesquisa, 19 possuem vínculo empregatício fora da Unidade de PSF, enquanto, dentre os homens, esse número cai para apenas 3 (tabela 3).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

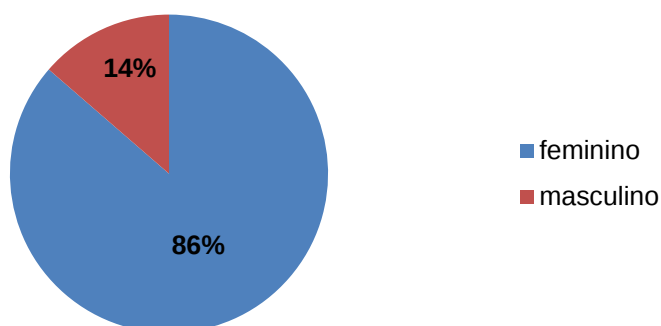
Tabela 3 – Sexo dos respondentes por vínculo empregatício com outros PSFs

Sexo	Outros PSFs
Feminino	19
Masculino	3
Abstenções	2
Total Geral	24

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

De um modo geral, pode-se inferir que 86% das mulheres possuem outros vínculos empregatícios diferentes do PSF, enquanto dentre os homens, esse percentual é de apenas 14% (gráfico 3).

Gráfico 3 – Percentual de respondentes que possuem mais de um vínculo empregatício, fora do PSF, separados por sexo



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Além de analisar se os respondentes possuíam vínculo empregatício fora da unidade de PSF, a pesquisa procurou relacionar quantos dos respondentes possuem negócio próprio, diferente da área da saúde (tabela 4), com o objetivo de buscar subsídios para descrever o nível de satisfação profissional dos mesmos e suas possíveis necessidades não atendidas em decorrência dos salários recebidos.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

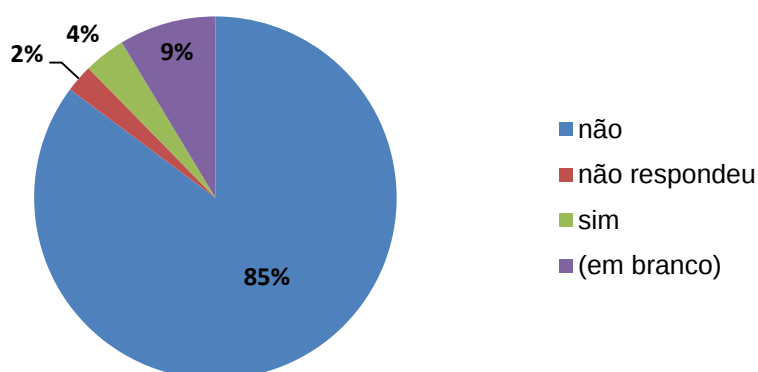
Tabela 4 – Respondentes que possuem negócio próprio diferente da área da saúde

Negócio Próprio	Nº. de Entrevistados
Não	71
Não Respondeu	2
Sim	3
Abstenções	7
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Foram registradas duas abstenções, três respostas afirmativas e 71 negativas, indicando que 85% dos respondentes trabalham somente vinculados à área da saúde e 4% deles buscaram no trabalho informal um complemento para suas rendas, para que pudessem suprir as necessidades de suas famílias (gráfico 4).

Gráfico 4 – Respondentes que possuem negócio próprio diferente da área da saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Considerando a atuação dos respondentes vinculados às unidades de Programa Saúde da Família analisadas, a pesquisa revelou que a grande maioria atua no setor público, tendo sido registrado, ainda, 12 casos de atuação dupla, tanto no setor público como no privado (tabela 5).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

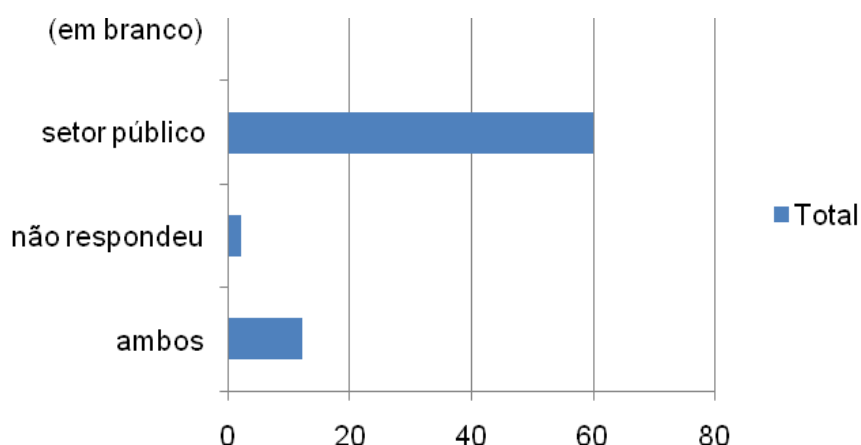
Tabela 5 – Número de Respondentes por Setor de Atuação

Setor de Atuação	Respondentes
Ambos	12
Não Respondeu	2
Setor Público	65
Abstenções	4
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Ainda que se tenha identificado graus de menor ou maior escala de satisfação profissional, considerando ambiente, salários recebidos, clima organizacional, dentre outras variáveis estudadas, o setor público é o grande foco de atuação das equipes de PSF (gráfico 5).

Gráfico 5 – Número de respondentes que atuam no setor público, privado ou em ambos



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Concluindo a análise do perfil dos entrevistados, cabe salientar a relação entre profissionais que já exerceram algum cargo de chefia, considerando tanto o tempo de serviço, em suas unidades PSF (Tabela 6) quanto o grau de formação de cada respondente (tabela 7), dados que serão melhor visualizados nos Gráficos 6 e 7.

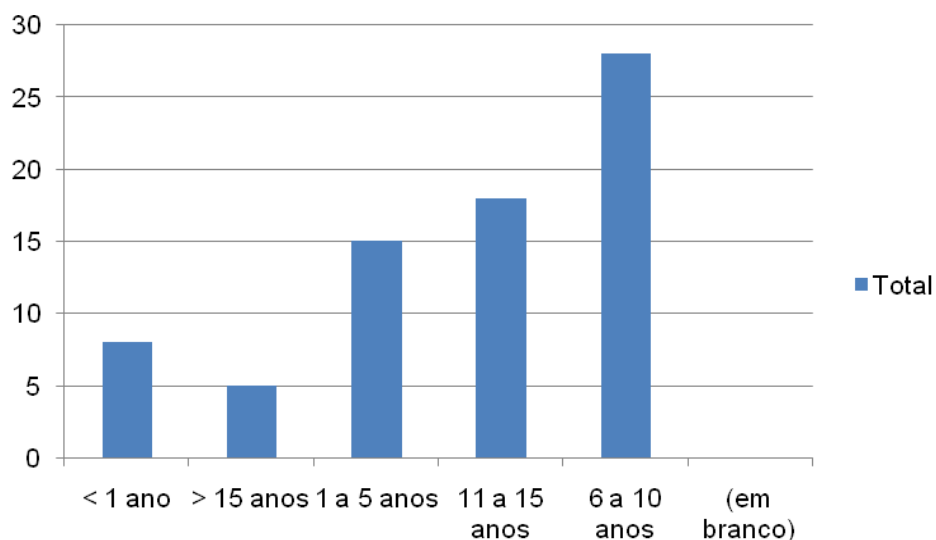
Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Tabela 6 – Relação do Tempo de Serviço com o Exercício de Cargo de Chefia pelos respondentes

Tempo de serviço	Exercício de cargo de chefia
< 1 ano	8
> 15 anos	5
1 a 5 anos	15
11 a 15 anos	20
6 a 10 anos	31
Abstenções	4
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Gráfico 6 – Relação do Tempo de Serviço com o Exercício de Cargo de Chefia pelos Respondentes



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Tabela 7 – Relação entre o Grau de Formação do respondente e o Exercício de Cargo de Chefia

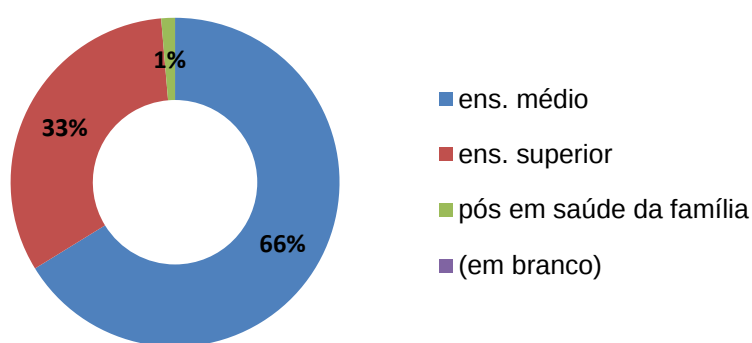
Grau de Formação	Cargo de Chefia
Ens. Médio	51
Ens. Superior	27
Pós Em Saúde Da Família	1
Abstenções	4
Total Geral	83

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

De acordo com o gráfico 6, visto anteriormente, o tempo de serviço influenciou na escolha de profissionais para exercer cargos de chefia, o que é naturalmente esperado em uma organização. No entanto, o gráfico 7 mostra que 66% dos profissionais que já desenvolveram algum cargo de chefia possuem apenas o ensino médio, o que contraria o curso natural esperado que seria o exercício de cargos de chefia por profissionais do nível superior, que representam apenas 33% dos respondentes.

Gráfico 7 – Relação entre o Grau de formação do Respondente e o Exercício de Cargo de Chefia



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Na segunda parte do questionário, procurou-se construir as perguntas com base no instrumento da AMAQ de 2012, a fim de avaliar se a realidade vivenciada nas unidades de PSF de São José da Laje está de acordo com os preceitos desse instrumento de qualidade.

Desta maneira, foram definidas quatro questões centrais, representativas das dimensões do AMAQ, com dez itens a serem julgados, para cada uma dessas questões, permeando as treze subdimensões desse instrumento e adotando-se a Escala de Likert com as seguintes alternativas de resposta: Discordo Plenamente (DP-1), Discordo Parcialmente (DP-2), Não Concordo nem Discordo (NC/ND), Concordo Parcialmente (CP-1) e Concordo Plenamente (CP-2).

Para facilitar a análise das respostas obtidas, atribuíram-se pesos para cada uma das alternativas dadas, numa escala que variou de 1 a 5 (tabela 8), onde 1 significa que o respondente discorda plenamente do item em julgamento e 5 significa plena concordância com os termos da afirmativa proposta.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Tabela 8 – Significados e Pesos atribuídos às alternativas do questionário aplicado

ALTERNATIVA	SIGNIFICADO	PESO ATRIBUÍDO
DP-1	Discordo Plenamente	1
DP-2	Discordo Parcialmente	2
NC/ND	Nem Concordo/Nem Discordo	3
CP-1	Concordo Parcialmente	4
CP-2	Concordo Plenamente	5

Fonte: Adaptado de Cunha (2007)

Para fins de esclarecimento da correlação entre as questões propostas no questionário aplicado (Apêndice A) e o referido instrumento de qualidade – AMAQ, segue esquematizada a sua organização nas 4 dimensões e 13 subdimensões predefinidas quando da sua elaboração (tabela 9):

Tabela 9 – Organização do AMAQ em dimensões e subdimensões

GESTÃO MUNICIPAL	GESTÃO DA AB	UBS	PERFIL, PT e AIS
A - Subdimensão: Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município	E - Subdimensão: Apoio Institucional	H - Subdimensão: Infraestrutura e Equipamentos	J - Subdimensão: Perfil da Equipe
B - Subdimensão: Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde	F - Subdimensão: Educação Permanente	I - Subdimensão: Insumos, Imuno- Biológicos e Medicamentos	K - Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho
C - Subdimensão: Gestão do Trabalho	G - Subdimensão: Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A		L - Subdimensão: Atenção integral à Saúde
D - Subdimensão: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário			M - Subdimensão: Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Fonte: Adaptado de AMAQ (2012)

Dentro do primeiro bloco de questões, o primeiro item a ser julgado pelo respondente enfatizou o apoio institucional ofertado às equipes de Atenção Básica, considerando o exposto

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

no item 1.7 da Dimensão Gestão Municipal, Subdimensão Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município:

“O apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, pressupondo planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Os apoiadores possuem agendas regulares de encontros com as equipes, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e processos de trabalho. Esse apoio auxilia as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias. O apoio é estruturado considerando o dimensionamento adequado do número de equipes de saúde sob a responsabilidade de cada apoiador” (Ministério da Saúde, 2012, p. 34).

A tabela 10 mostra a distribuição de frequência das respostas obtidas para esta questão:

Tabela 10 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	20	1	20
DP-2	24	2	48
NC/ND	9	3	27
CP-1	27	4	108
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		208
Média		2,506024096	
Arredondando		2,51	

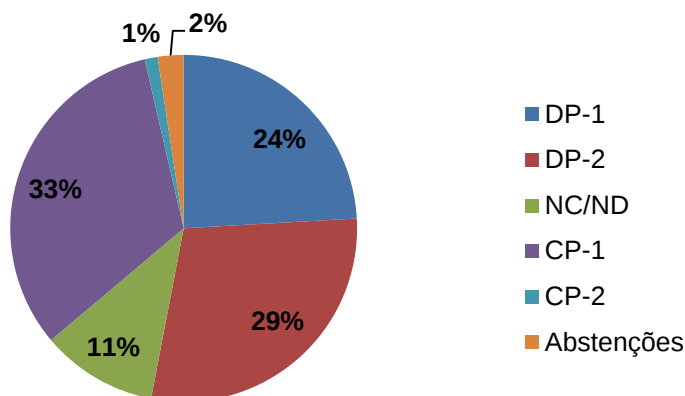
Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Segundo o AMAQ (2012), o apoio institucional deve funcionar como uma função gerencial e, assim, buscar reformular o jeito tradicional de supervisionar os serviços em saúde,

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

levando em consideração “as realidades e singularidades de cada território” (p. 32). O gráfico 8 permite uma melhor visualização dos dados da Tabela 10.

Gráfico 8 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de equipe de apoio institucional como dispositivo de gestão



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Considerando o exposto neste quesito, 33% dos entrevistados responderam que concordam parcialmente, 29% afirmaram discordar parcialmente, 24% discordaram plenamente, 11% não discordam nem concordam, 2% se abstiveram e apenas 1% dos entrevistados concordaram plenamente com o item julgado.

Analisando as respostas obtidas, percebe-se que um número consideravelmente baixo dos entrevistados está de pleno acordo com a proposição, o que demonstra claramente que a maioria dos profissionais não é assistida como deveria e que as unidades de PSF de São José da Laje/AL precisam de maior atenção.

O item subsequente tratou da promoção de estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias (tabela 11, Gráfico 9), conforme item 1.10 da Dimensão Gestão Municipal, Subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde:

“A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia que busca promover o cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. A RAS constitui-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles: a atenção básica

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

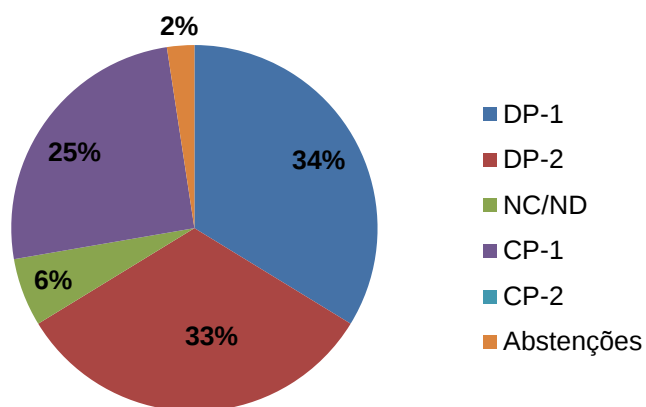
estruturada como porta de entrada “preferencial” do sistema, constituída de equipes multiprofissionais que atuam próximo aos territórios de vida das pessoas, coordenando o cuidado e articulando-se com outros pontos de atenção “ (Ministério da Saúde, 2012, p. 35).

Tabela 11 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre as estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	28	1	28
DP-2	27	2	54
NC/ND	5	3	15
CP-1	21	4	84
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		181
Média		2,180722892	
Arredondando		2,18	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Gráfico 9 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre as estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Perguntados sobre a promoção de estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas registrados com maior frequência, os entrevistados demonstraram grande nível de reprovção, uma vez que 67% discordam parcial ou plenamente da questão proposta e 6% não

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

manifestaram uma opção definida. Para 25% dos entrevistados, essa promoção acontece de forma esporádica e sem o alcance esperado.

No terceiro item julgado, ainda no primeiro bloco de questões, avaliou-se a promoção de educação permanente para a Atenção Básica (tabela 12), conforme dispositivo 1.8 da Dimensão Gestão Municipal, Subdimensão Implantação e Implementação da AB no município:

“A gestão municipal garante espaço no processo de trabalho dos profissionais de atenção básica para a educação permanente. O plano de educação permanente municipal é construído com a participação dos profissionais e está de acordo com as necessidades de aprendizagem desses profissionais. A execução da educação permanente é realizada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde e/ ou em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, outros municípios, instituições de ensino etc. O município tem um núcleo de educação permanente desenvolvido na sua organização, e a atenção básica está incluída nesse núcleo” (Ministério da Saúde, 2012, p. 35).

Tabela 12 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre educação permanente instituída para a Atenção Básica

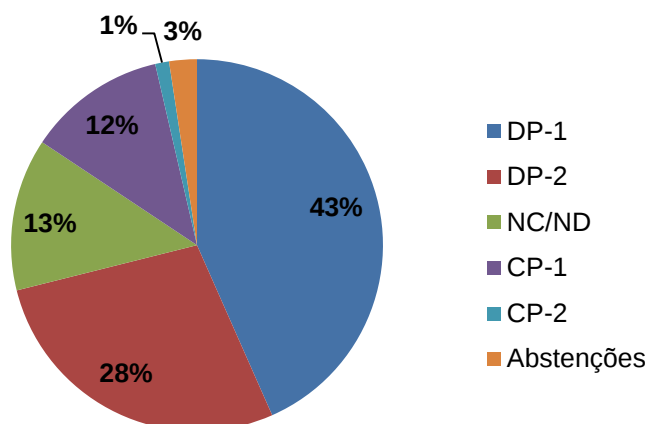
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	36	1	36
DP-2	23	2	46
NC/ND	11	3	33
CP-1	10	4	40
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		160
Média		1,927710843	
Arredondando		1,93	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

De acordo com os dados da tabela anterior, é possível concluir que dos 83 entrevistados, 36 indivíduos discordam plenamente do item julgado, 23 discordam parcialmente, 10 concordam em parte e apenas 1 concorda totalmente, enquanto 11 pessoas preferiram não emitir uma opinião mais esclarecedora sobre o que pensam ou percebem em seus locais de trabalho, o que pode ser melhor visualizado no gráfico 10.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 10 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre educação permanente instituída para a Atenção Básica



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

A partir deste gráfico, pode-se inferir que a maioria dos entrevistados (71%) discorda que a educação permanente, voltada para a Atenção Básica, seja uma preocupação da gestão municipal, visto que não costuma ocorrer com a frequência e a continuidade preconizada no instrumento de AMAQ.

Observando-se o disposto no item 1.19, da Dimensão Gestão Municipal, Subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, procurou-se avaliar o apoio ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde:

“A gestão municipal apoia o funcionamento do CMS no sentido de garantir espaço físico para seu funcionamento, assegura o exercício das suas funções e responsabilidades respaldando às suas decisões e deliberações. Reconhece-o como importante espaço social de discussões e expressão de cidadania, além de potencializar seu papel de mediador das demandas sociais junto ao governo. Apoia as conferências municipais/distritais/locais de saúde por compreendê-las como conquistas fundamentais para a democratização das políticas de saúde no nível local” (Ministério da Saúde, 2012, p. 39).

A partir do exposto no item 1.17, da Dimensão Gestão Municipal, Subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, procurou-se avaliar o monitoramento da satisfação do profissional/usuário com relação aos serviços prestados no âmbito da atenção básica:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

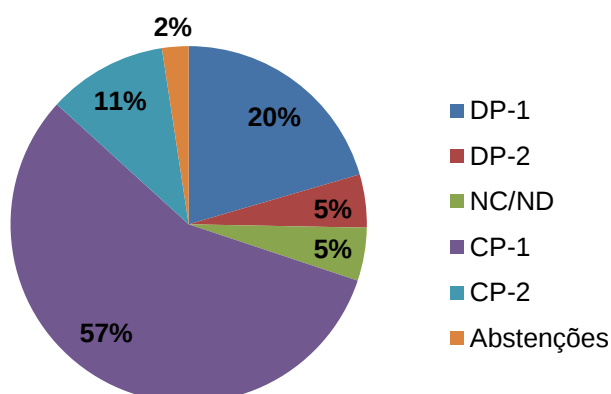
“A gestão municipal utiliza métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação a: acesso, acolhimento, qualidade do atendimento, tempo de espera para ser atendido, encaminhamento para os serviços de referência, acompanhamento do usuário na rede de serviços, qualidade do vínculo, comprometimento do profissional, entre outros. Além disso, a gestão promove discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho” (Ministério da Saúde, 2012, p. 38).

Tabela 13 –Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia e apoio ao funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	17	1	17
DP-2	4	2	8
NC/ND	4	3	12
CP-1	47	4	188
CP-2	9	5	45
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		270
Média		3,253012048	
Arredondando		3,25	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Gráfico 11 – Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia e apoio ao funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Conforme indicam os números obtidos, há um grau consideravelmente alto de satisfação e concordância (68%), denotando que o CMS possui a autonomia necessária para agir de forma regular e sistemática.

O item 5 do primeiro bloco de questões indagou o respondente a respeito do desenvolvimento de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da Atenção Básica.

As condições de trabalho representam uma questão que inquieta profissionais de todos os níveis e áreas de atuação, dentro das unidades de atenção básica. Sobre isso, o item 2.3, da Dimensão Gestão da Atenção Básica, Subdimensão apoio institucional afirma:

“O processo de trabalho do apoiador institucional é orientado e organizado para promover ações de qualificação da atenção básica no município. São exemplos dessas ações: A – Discussão e montagem das agendas das equipes como dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde; B – Suporte à implantação e aprimoramento do acolhimento à demanda espontânea; C – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, com base em casos ou situações que apresentam maior risco, mobilizam ou desafiam a equipe; D – Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS; E – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais; F – Análise de indicadores e informações em saúde; G – Facilitação de processos locais de planejamento; H – Discussão do perfil de encaminhamentos da unidade; I – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários; J – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.”

As respostas obtidas para esta questão estão expressas na Tabela 14, com abordagem aclarada no gráfico 12.

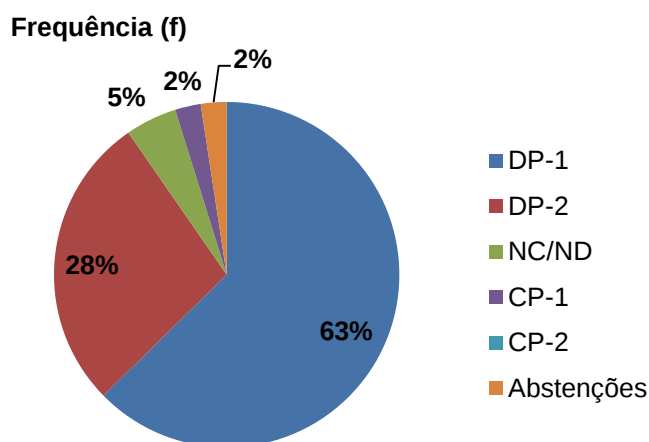
Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Tabela 14 – Frequência das respostas obtidas a respeito da diligência de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional concernente aos serviços prestados na AB

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	52	1	52
DP-2	23	2	46
NC/ND	4	3	12
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		118
Média		1,421686747	
Arredondando		1,42	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Gráfico 12 - Frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a diligência de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional em relação aos serviços prestados no âmbito da Atenção Básica



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os números indicaram um altíssimo grau de discordância quanto ao item proposto (91%), dando indícios de que não há uma preocupação por parte da gestão em procurar analisar o nível de satisfação do profissional que atua na AB.

Perguntados sobre a compactuação com os profissionais dos PSFs, com vistas a serem informados sobre suas reivindicações para a melhoria das condições de trabalho, os respondentes demonstraram um nível muito insatisfatório, uma vez que 62 dos 83 entrevistados discordaram plenamente do item julgado, como se pode perceber na tabela 15.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Tabela 15 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à compactuação da gestão com os profissionais dos PSFs, a fim de que estes sejam informados sobre suas reivindicações para a melhoria das condições de trabalho

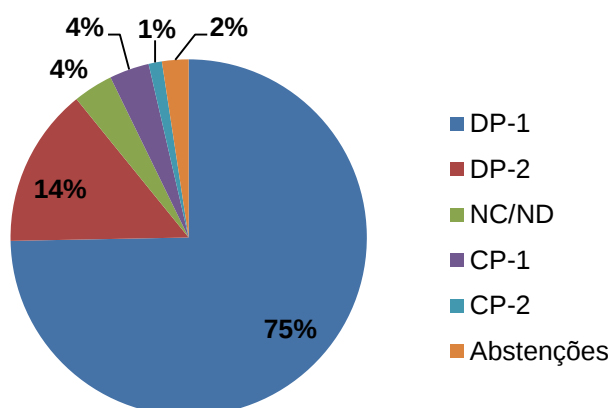
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	62	1	62
DP-2	12	2	24
NC/ND	3	3	9
CP-1	3	4	12
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		112
Média		1,34939759	
Arredondando		1,35	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Conforme os dados obtidos, 75% dos entrevistados deixam claro que não existe uma política de *feedback* eficiente, capaz de responder aos anseios dos profissionais, o que tem provocado um clima de insatisfação e insegurança generalizada de todas as categorias.

De acordo com o gráfico 13, o grau de discordância, considerando os que responderam que discordam plenamente e os que revelaram discordar parcialmente, chegou a 89%, contra apenas 1% que concordam plenamente com o item julgado.

Gráfico 13– Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à compactuação da gestão com os profissionais dos PSFs, a fim de que estes sejam informados sobre suas reivindicações para a melhoria das condições de trabalho



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Seguindo com os questionamentos, o item 7 do primeiro bloco de perguntas, abordou o estabelecimento da gestão democrática e do diálogo da gestão com as equipes de Atenção Básica.

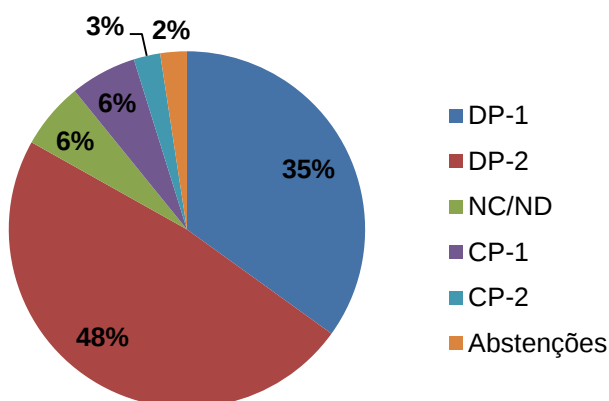
Tabela 16 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estabelecimento da gestão democrática e do diálogo entre a gestão e as equipes da AB

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	29	1	29
DP-2	40	2	80
NC/ND	5	3	15
CP-1	5	4	20
CP-2	2	5	10
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		154
Média		1,855421687	
Arredondando		1,86	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

A gestão democrática e participativa possibilita a prática da Política Nacional de Atenção Básica, pois é por meio desses dispositivos que ela é desenvolvida, através do trabalho em equipe e direcionamento a populações de territórios bem delimitados. Sendo assim, é extremamente preocupante que 83% dos respondentes tenham discordado desse item (gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estabelecimento da gestão democrática e do diálogo entre a gestão e as equipes da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

No que se refere ao estímulo dado às equipes de PSF, para que estas planejem suas ações baseadas no diagnóstico situacional de seus territórios, envolvendo a comunidade nesses planejamentos, a pesquisa revelou que as equipes não se sentem instigadas para bem planejar suas ações (tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estímulo ao planejamento de ações com base no diagnóstico situacional dos territórios e buscando o envolvimento da comunidade

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	43	1	43
DP-2	30	2	60
NC/ND	2	3	6
CP-1	5	4	20
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		134
Média		1,614457831	
Arredondando		1,61	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Uma das atitudes preconizadas pelo instrumento da AMAQ, na Dimensão Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde, Subdimensão Organização do Trabalho, diz respeito justamente à criação de vínculo das equipes com a população do território previamente definido (AM AQ, 2012).

Ainda em conformidade com o AMAQ (2012), a equipe de atenção básica planeja suas ações com base no diagnóstico situacional e deve promover o envolvimento da comunidade nesse processo:

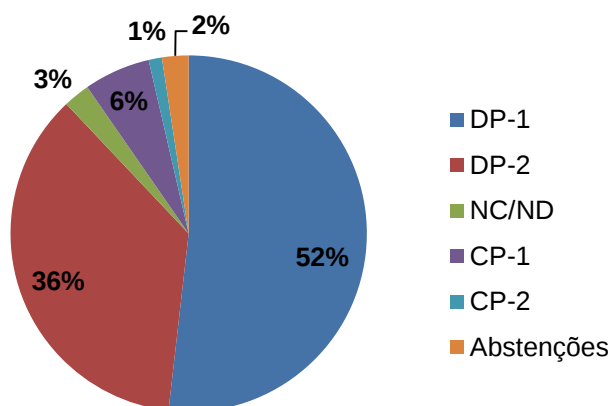
“A noção de território compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária. Por apresentar esse caráter dinâmico, o planejamento das ações em saúde no território é situacional. [...] A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores” (AMAQ, 2012, p. 59).

Conforme as respostas obtidas, 88% dos entrevistados discordam que o planejamento de ações embasadas no diagnóstico situacional e na participação da comunidade seja estimulado pelos gestores (gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o estímulo ao planejamento de ações com base no diagnóstico situacional dos territórios e buscando o envolvimento da comunidade



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

No item 9, do primeiro bloco de questões, tratou-se da permissão da utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância, pelas equipes de saúde, a fim de qualificar o cuidado prestado aos usuários. As respostas obtidas estão descritas na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a permissão de utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	21	1	21
DP-2	34	2	68
NC/ND	7	3	21
CP-1	19	4	76
CP-2	0	5	0

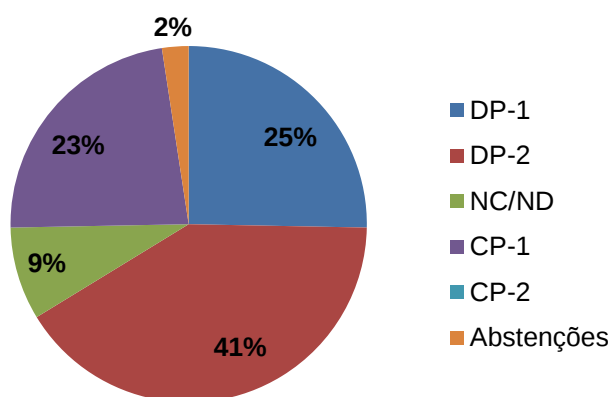
Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		186
Média	2,240963855		
Arredondando	2,24		

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os dados podem ser melhor diagnosticados a partir do gráfico 16.

Gráfico 16 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a permissão de utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Mesmo com um nível de discordância de 66%, considerando os 9% que optaram pela neutralidade e os 23% que disseram concordar parcialmente com o item julgado, a pesquisa permitiu concluir que há permissão da utilização de dispositivos de educação e apoio matricial a distância pelas equipes de saúde, no entanto que isso precisa ser melhorado, a fim de se atingir a excelência esperada nessa questão.

Finalizando o primeiro bloco de perguntas, o item 10 discutiu a promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes da Atenção Básica (AB). As respostas obtidas demonstraram equilíbrio entre os que discordam parcialmente e os que concordam parcialmente com esse item (tabela 19).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

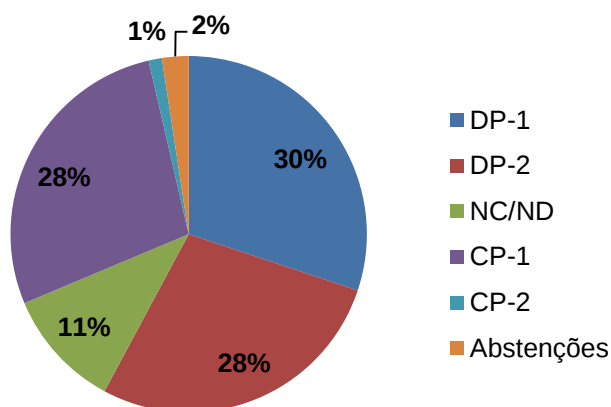
Tabela 19 – Distribuição de frequência das respostas obtidas em relação à promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes da AB

<i>ALTERNATIVAS</i>	<i>Frequência (f)</i>	<i>Peso (p)</i>	<i>f.p</i>
DP-1	25	1	25
DP-2	23	2	46
NC/ND	9	3	27
CP-1	23	4	92
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		195
Média		2,34939759	
Arredondando		2,35	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Entretanto, apesar do equilíbrio registrado entre os que discordam ou concordam parcialmente, se comparados o subtotal em cada uma dessas duas categorias (os que concordam e os que discordam), o nível de discordância ainda prevalece, chegando a superar o nível de concordância em 50%, o que pode ser melhor visualizado no gráfico 17, que registra que 58% dos respondentes discordam do item proposto contra 29% que concordam.

Gráfico 17–Distribuição de frequência das respostas obtidas em relação à promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O segundo bloco de questões, enfatizou a gestão de pessoas como forma de valorizar os profissionais, analisando, como no primeiro bloco, dez itens.

No primeiro item, procurou-se saber se os direitos garantidos aos profissionais, pela Norma Regulamentadora nº 15 (2011) e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST, 2012), estão sendo cumpridos pela gestão. As respostas colhidas seguem na tabela 20.

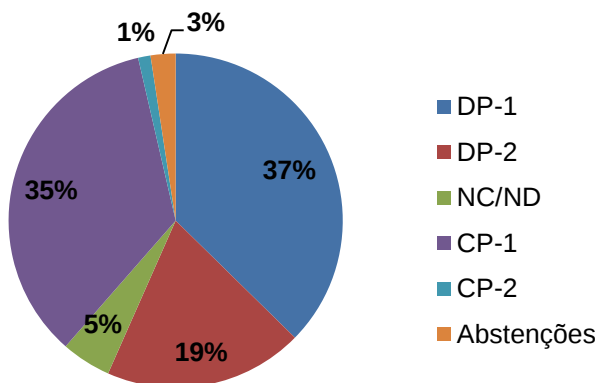
Tabela 20 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento acerca do cumprimento da NR-15 e da PNST

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	31	1	31
DP-2	16	2	32
NC/ND	4	3	12
CP-1	29	4	116
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		196
Média		2,361445783	
Arredondando		2,36	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

A pesquisa revelou que 56,7% dos entrevistados discordam que essas normas estejam sendo cumpridas (gráfico 18).

Gráfico 18–Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento acerca do cumprimento da NR-15 e da PNST



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2015).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Vale ressaltar que a NR-15 trata de questões voltadas às atividades e operações insalubres (NR-15, 2012), que devem constituir, portanto, temática de interesse tanto para a gestão municipal quanto para os coordenadores que lidam diretamente com os profissionais dos PSF.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) trata de ações de atenção à saúde integral do trabalhador, inclusive respeitando-se os princípios e diretrizes do SUS:

“A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.”

Possibilitar o cumprimento da NR-15 e da PNST constitui um compromisso de gestão que, portanto, deve ser respeitado e praticado nas unidades de saúde.

O segundo bloco seguiu com o questionamento acerca da promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela norma e política citadas anteriormente. As respostas são apresentadas na tabela 21.

Tabela 21 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento a respeito da promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela NR-15 e pela PNST

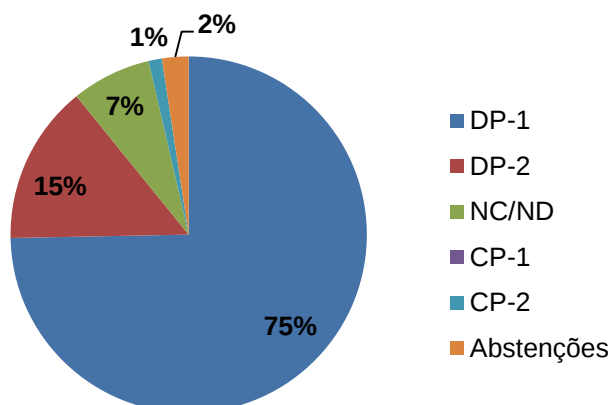
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	62	1	62
DP-2	12	2	24
NC/ND	6	3	18
CP-1	0	4	0
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		109
Média		1,313253012	
Arredondando		1,31	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Os resultados desta segunda questão corroboram os da questão anterior, demonstrando uma total falta de compromisso por parte da gestão para com os profissionais dos PSFs de São José da Laje. Houve 90% de discordância nesse item (gráfico 19).

Gráfico 19—Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o questionamento a respeito da promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela NR-15 e pela PNST



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O terceiro item do segundo bloco de questões considerou o estabelecimento ou desenvolvimento de estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da Atenção Básica (AB). Os dados obtidos seguem descritos na tabela 22.

Tabela 22 –Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito de estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da AB

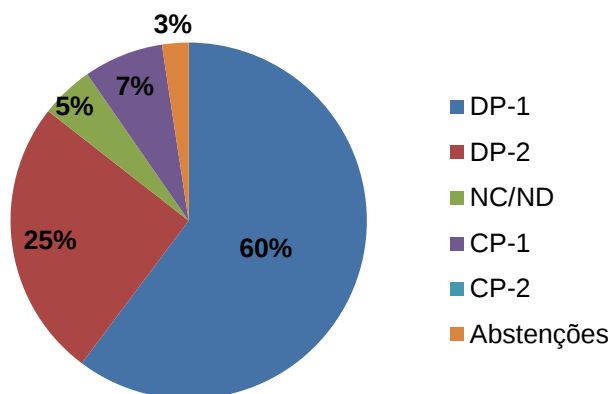
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	50	1	50
DP-2	21	2	42
NC/ND	4	3	12
CP-1	6	4	24
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		128
Média		1,542168675	
Arredondando		1,54	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Os dados revelaram que 75% dos respondentes discordam total ou parcialmente sobre o item proposto, ao passo que 10% concordam com a afirmativa (gráfico 20).

Gráfico 20 –Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Seguindo com o segundo bloco de questões, o quarto item aborda a remuneração e premiação dos trabalhadores, observando-se as metas e os resultados pactuados com as equipes de AB. As respostas estão organizadas na tabela 23 e categorizadas no gráfico 21.

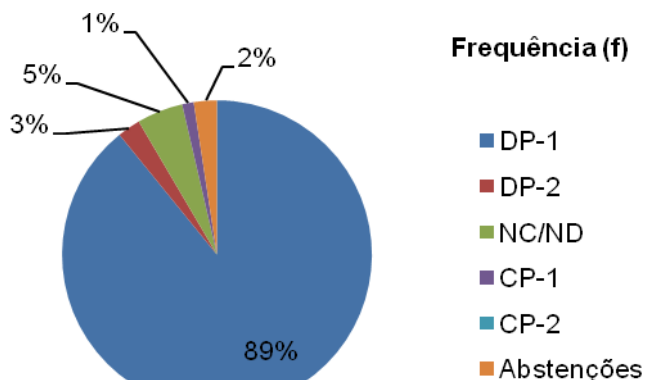
Tabela 23–Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a promoção de remuneração e premiação dos trabalhadores, de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes da AB

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	74	1	74
DP-2	2	2	4
NC/ND	4	3	12
CP-1	1	4	4
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		94
Média		1,13253012	
Arredondando		1,13	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 21 -Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a promoção de remuneração e premiação dos trabalhadores, de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Com um índice de 92% de discordância, este item obteve a segunda pior classificação pelos profissionais, deixando transparecer o altíssimo grau de insatisfação destes com relação ao sistema de remuneração e premiação.

Mais adiante, no quinto item, procurou-se saber se o PCC dos trabalhadores da AB é garantido. Sobre esse item seguem as respostas obtidas na Tabela 24, e melhor visualizadas no gráfico 22.

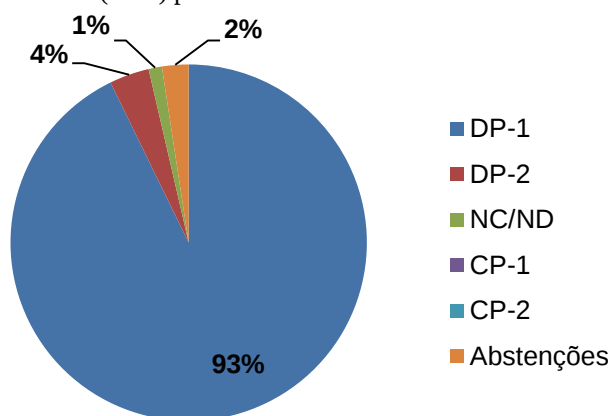
Tabela 24 –Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) para os trabalhadores da AB

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	77	1	77
DP-2	3	2	6
NC/ND	1	3	3
CP-1	0	4	0
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		86
Média		1,036144578	
Arredondando		1,04	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 22 –Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) para os trabalhadores da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Como demonstra o Gráfico 22, o questionamento acerca da garantia de PCC para os trabalhadores da AB atingiu o pior índice de insatisfação externado pelos profissionais dos PSFs de São José da Laje: foram 93% que discordaram plenamente, adicionando-se a estes 4% que discordaram parcialmente, totalizando 97% de discordância.

Trata-se de situação que exige, no mínimo, uma reflexão sobre a atuação da gestão municipal e os direitos dos trabalhadores da AB, direitos esses já assegurados por instrumentos legais e que permitem a valorização desses profissionais (AM AQ, 2012):

“A gestão municipal garante, por meio de mecanismos legais instituídos pelo poder público, carreira profissional com previsão de progressão funcional dos trabalhadores da atenção básica em todos os níveis de escolaridade (superior, médio/técnico e elementar), utilizando critérios como: tempo, mérito, titulação e desempenho, entre outros” (AM AQ, 2012, p. 35).

Destaca-se aqui a importância de se ter trabalhadores valorizados e satisfeitos com seus salários, seu ambiente de trabalho, a infraestrutura que dispõem para desenvolverem suas ações junto aos usuários e ofertarem um serviço eficiente e de qualidade.

A gestão municipal de saúde é responsável direta pelo desenvolvimento de estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da AB (Amaq, 2012):

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

“A gestão municipal provê vínculo regular de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais da atenção básica. Realiza concurso ou seleção pública para provimento de cargo permanente ou emprego público” (Amaq, 2012, p. 35).

A gestão municipal deve, ainda, possuir programa de incentivo financeiro para as equipes da AB que apresentam resultados compatíveis com o esperado (Amaq, 2012):

“A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando também o desempenho das equipes de atenção básica. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados” (Amaq, 2012, p. 35).

Ainda no âmbito da gestão municipal, deve-se garantir atenção integral à saúde do trabalhador da AB:

“A gestão municipal garante ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico e situações de risco e acesso a equipamentos de proteção individual. Promove também atenção, prevenção e reabilitação de agravos à saúde do trabalhador, tais como: ações educativas na área de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, espaços de convivência, práticas corporais, atenção psicossocial, realização de exames periódicos e readaptação de função” (Amaq, 201, p. 36).

É de extrema importância promover e manter esse dispositivo em funcionamento, afinal, os trabalhadores em saúde também precisam ser cuidados, até mesmo para que trabalhem sem interrupções via atestado médico, porque estarão em constante avaliação clínica e psicológica, proporcionando-lhe autoconfiança e bem-estar geral no exercício de suas funções.

O sexto item do segundo bloco de questões, enfatizou a promoção da saúde integral do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Os resultados estão apresentados na tabela 25.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

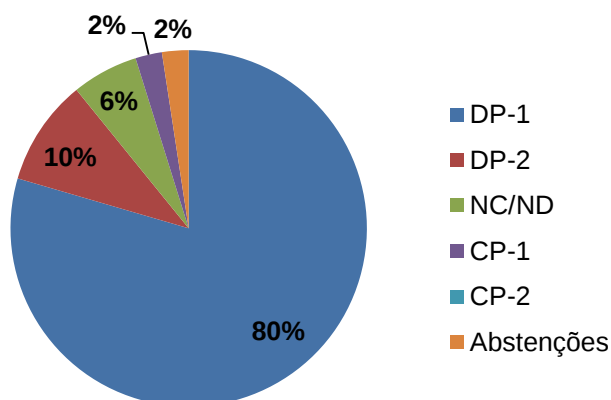
Tabela 25 –Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à promoção do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a PNST, promovendo saúde integral dos trabalhadores da AB

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	66	1	66
DP-2	8	2	16
NC/ND	5	3	15
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		105
Média		1,265060241	
Arredondando		1,27	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Conforme os resultados obtidos, 74 profissionais se mostraram insatisfeitos com os rumos dados pela gestão, analisando-se o item ora julgado, o que corresponde a 90% dos respondentes (gráfico 23).

Gráfico 23 –Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à promoção do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a PNST, promovendo saúde integral dos trabalhadores da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

A partir deste gráfico é possível concluir que os trabalhadores da atenção básica não estão sendo assistidos conforme preconiza o AMAQ e que a gestão municipal não vem desempenhando suas atribuições com a responsabilidade que se espera.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O item 7, do segundo bloco de questões, indagou os respondentes sobre a garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde. As respostas obtidas estão descritas na tabela 26.

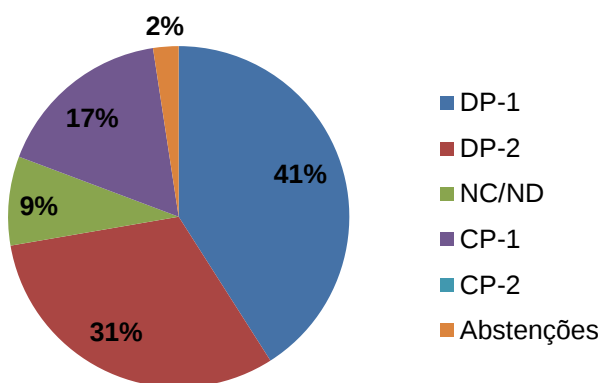
Tabela 26 –Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	34	1	34
DP-2	26	2	52
NC/ND	7	3	21
CP-1	14	4	56
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		163
Média		1,963855422	
Arredondando		1,96	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

De acordo com os dados da tabela 26, 60 respondentes discordam do item ora julgado, 14 concordam parcialmente, 2 preferiram se abster de emitir opinião e 7 ficaram neutros. A partir do gráfico 24 é possível observar esses dados com maior clareza.

Gráfico 24 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação à garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

A educação permanente é uma das subdimensões da Dimensão gestão da atenção básica e se constitui em ferramenta de importância significativa para o desenvolvimento profissional, com consequente alcance social, uma vez que os funcionários que se mantêm em constante aperfeiçoamento desenvolvem características essenciais para transformarem suas práticas profissionais e otimizarem seus processos de trabalho (Amaq, 2012).

Sendo assim, investir em educação permanente é preparar o profissional para buscar constantemente a excelência na prestação de serviços em saúde, visando em primeiro lugar a satisfação do usuário e, por conseguinte, o reconhecimento de seu empenho em melhorar e aprimorar suas práticas em saúde.

Seguindo com as perguntas, ainda no segundo bloco do questionário aplicado, o item 8 discutiu o estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes de atenção básica, garantindo o que se convencionou chamar de gestão participativa. As respostas obtidas podem ser visualizadas na tabela 27.

Tabela 27 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes, quando questionados acerca do estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes da AB

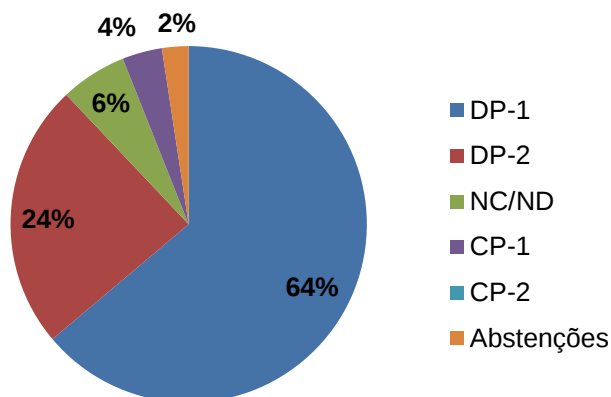
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	53	1	53
DP-2	20	2	40
NC/ND	5	3	15
CP-1	3	4	12
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		120
Média		1,445783133	
Arredondando		1,45	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Mantendo a coerência com outros dados da pesquisa, a tabela 27 mostra um alto índice de desaprovação da forma como acontecem as relações entre gestores e equipes de saúde da família. Percebe-se, claramente, que não há o estabelecimento de uma gestão democrática e participativa, como preconiza o AMAQ. Observe-se o disposto no gráfico 25:

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 25 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes, quando questionados acerca do estabelecimento de relação democrática e dialógica com as equipes da AB



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Com 2% de abstinências registradas e apenas 4% de concordância, o item julgado recebeu um índice de discordância de 88%, sendo 24% discordâncias parciais e 64% de discordâncias plenas, o que pressupõe a necessidade de uma revisão de conceitos, afinal o que se pode inferir nesse e em outros quesitos julgados à luz do AMAQ e demais instrumentos legais, como a própria Carta Magna brasileira, é que, por vezes, se estabelece um retrocesso no tempo, voltando-se à época em que o trabalhador não tinha voz nem vez.

O item 9 do segundo bloco de questões tratou da garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo. As respostas obtidas estão expressas na tabela 28.

Tabela 28 – Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes quanto à garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo

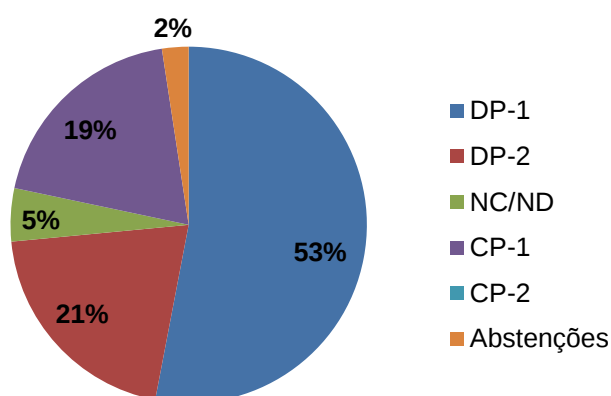
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	44	1	44
DP-2	17	2	34
NC/ND	4	3	12
CP-1	16	4	64
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		154
Média		1,855421687	
Arredondando		1,86	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Os dados obtidos revelaram uma discordância de 74% contra 19% de respondentes que afirmaram concordar com o item proposto (gráfico 26). Isso mostra que em algumas unidades de PSF existe disponibilidade de carro oficial para atendimentos externos, mas que, em outras unidades essa disponibilidade ocorre de forma precária e insatisfatória.

Gráfico 26 –Distribuição de frequência das respostas obtidas dos respondentes quanto à garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O atendimento externo é uma atividade frequente na rotina dos trabalhadores de saúde vinculados ao PSF e, para tanto, é imprescindível que disponham de veículo oficial disponível e em bom estado de uso:

“As equipes dispõem de veículo em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e cronograma de cada uma delas.”

No entanto, o que se percebe através do gráfico é que nem sempre há um veículo oficial em boas condições para atender à demanda do município de São José da Laje e é de suma importância que se procure reverter esse quadro, pois inúmeras pessoas da comunidade dependem dos serviços em saúde prestados por profissionais competentes que se deslocam de suas unidades e promovem a saúde nos lares, privilegiando, inclusive, aqueles que tiveram sua

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

mobilidade reduzida ou interrompida por completo e não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde.

Finalizando o segundo bloco de perguntas, o décimo item abordou o pagamento de insalubridade/periculosidade a todos os trabalhadores da atenção básica, conforme atividades e normas insalubres dispostas na NR-15. As respostas obtidas são mostradas na tabela 29.

Tabela 29 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o pagamento de insalubridade/periculosidade

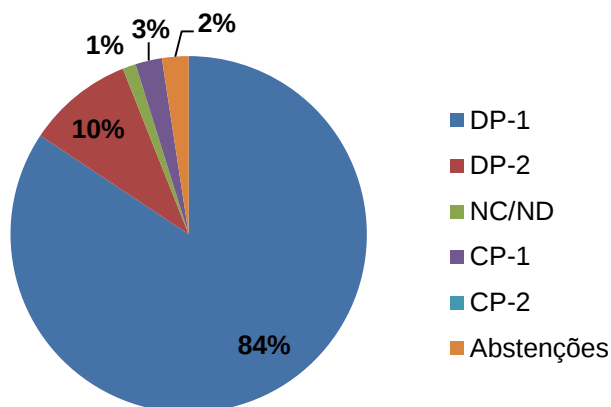
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	70	1	70
DP-2	8	2	16
NC/ND	1	3	3
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		97
Média		1,168674699	
Arredondando		1,17	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Mais uma vez o número expressivo de respondentes que discordam do item proposto preocupa e requer uma revisão do papel do gestor frente aos trabalhadores da atenção básica e, ainda, sobre como a atenção integral à saúde desses trabalhadores está sendo cuidada. O gráfico 27 aborda com maior clareza esses números.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 27 –Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre o pagamento de insalubridade/periculosidade



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Conforme descrito neste gráfico, 94% dos entrevistados demonstraram insatisfação no quesito pagamento de insalubridade/periculosidade. A ausência do cumprimento dessa questão fere não só o preconizado pelo instrumento AMAQ, como pela NR-15 e a própria Constituição Federal de 1988:

“A vigilância em saúde do trabalhador caracteriza-se por um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A equipe identifica e notifica a existência de trabalhadores em situação de risco: trabalho infantil, trabalho escravo, exposição a condições de insalubridade e periculosidade, acidentes de trabalho etc” (Amaq, 2012, p. 73).

“15.2 O exercício de trabalho em condições de insalubridade, de acordo com os subitens do item anterior, assegura ao trabalhador a percepção de adicional, incidente sobre o salário mínimo da região, equivalente a: 15.2.1 40% (quarenta por cento), para insalubridade de grau máximo; 15.2.2 20% (vinte por cento), para insalubridade de grau médio; 15.2.3 10% (dez por cento), para insalubridade de grau mínimo” (NR-15, 2011, p. 1).

“Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...] XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei [...]” (Brasil, 1988, p. 7).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O pagamento de insalubridade/periculosidade, portanto, não constitui favor, mas uma obrigação legal e um direito garantido dos trabalhadores em saúde e demais áreas que apresentem riscos na execução de determinadas tarefas laborais.

O terceiro bloco de questões privilegiou abordagens com vistas a instigar o julgamento sobre a efetividade da gestão. A primeira questão tratou do estabelecimento de prioridades de investimentos, com vistas a identificar se os insumos são disponibilizados em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas. As respostas obtidas seguem expressas na tabela 30.

Tabela 30 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a partir do questionamento sobre priorização de investimentos

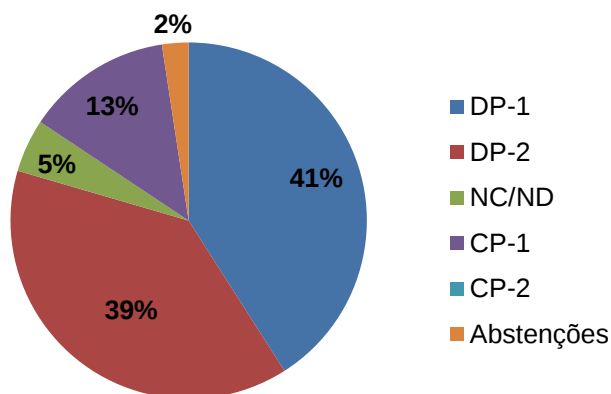
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	34	1	34
DP-2	32	2	64
NC/ND	4	3	12
CP-1	11	4	44
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		154
Média		1,855421687	
Arredondando		1,86	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os números indicam que o estabelecimento das prioridades de investimentos não vem sendo feito com a eficiência esperada e necessária, incorrendo, não raras vezes, em escassez de recursos para a execução das ações de saúde e atividades educativas. O nível de discordância chegou a 80% (gráfico 28).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 28 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito do estabelecimento de prioridades de investimentos, com disponibilidade de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O item 2, deste bloco de questões, abordou a disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento, nos casos de urgência e emergência.

Tabela 31 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento em urgência e emergência

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	63	1	63
DP-2	11	2	22
NC/ND	4	3	12
CP-1	3	4	12
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		109
Média		1,313253012	
Arredondando		1,31	

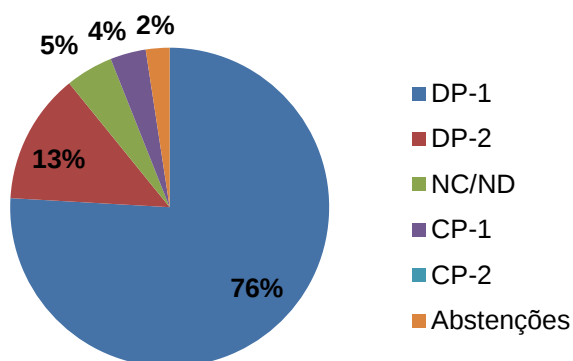
Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Ao se analisarem os números obtidos, percebe-se que há uma grande deficiência, em quase todas as unidades de PSF, de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento, nos casos de urgência e emergência, o que acaba comprometendo seriamente a qualidade dos

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

serviços prestados à população de São José da Laje. Foram 74 profissionais discordando desse item, o que corresponde a 80% dos respondentes (gráfico 29).

Gráfico 29 –Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento em urgência e emergência



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O terceiro item julgado tratou da garantia de disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade. As respostas estão dispostas na tabela 32.

Tabela 32 –Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade

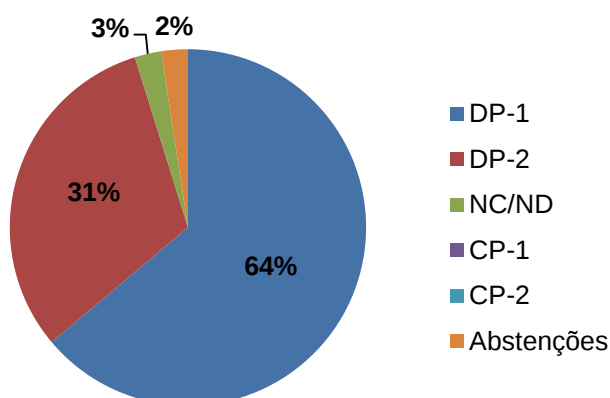
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	53	1	53
DP-2	26	2	52
NC/ND	2	3	6
CP-1	0	4	0
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		111
Média		1,337349398	
Arredondando		1,34	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

De acordo com os dados da tabela 32, a disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica não ocorre com suficiência e regularidade, em nenhum dos PSFs de São José da Laje, pois não houve pontuação para as opções de concordância com o item proposto. Os votos que não seguiram as categorias de discordância, se posicionaram de forma neutra ou se abstiveram. O gráfico 30 demonstra bem essa realidade.

Gráfico 30 – Distribuição de frequência das respostas obtidas a respeito da disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade



Fonte: Dados da Pesquisa (PEIXOTO, 2014).

Essa questão vincula-se diretamente à Dimensão Unidade Básica de Saúde, Subdimensão Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos, do instrumento do AMAQ, onde se preconiza:

“Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. A UBS é abastecida com quantidade suficiente para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual de medicamentos não comprometa a resolutividade dos tratamentos” (Amaq, 2012, p. 53)

Os resultados obtidos nesse item demonstram claramente a falta de interesse em prover as unidades básicas de insumos, imunobiológicos e medicamentos necessários para as ações e serviços de saúde, comprometendo fortemente a eficiência e a capacidade resolutiva dos profissionais da atenção básica.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O item 4 do terceiro bloco de questões trouxe à tona a discussão sobre a oferta do registro e monitoramento das solicitações de exames e encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos), feitos pelas equipes dos PSFs. As respostas obtidas estão registradas na tabela 33.

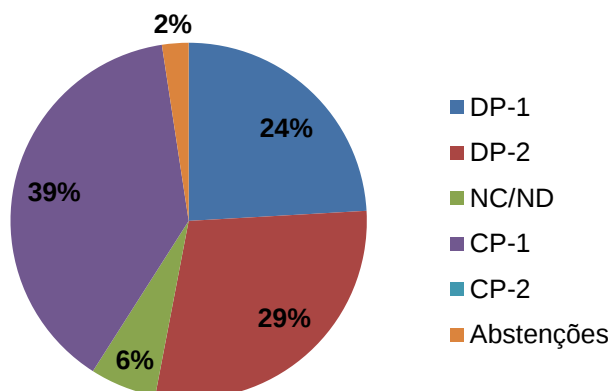
Tabela 33 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação a oferta e monitoramento das solicitações de exames e encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos) feitos pelas equipes de PSF

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	20	1	20
DP-2	24	2	48
NC/ND	5	3	15
CP-1	32	4	128
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		211
Média		2,542168675	
Arredondando		2,54	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

De acordo com os dados da tabela 33, este item foi um dos poucos que foi avaliado positivamente pelos respondentes, ainda que se tenha registrado ainda um número alto de discordância: foram 53% contra 39% de aprovação (gráfico 31).

Gráfico 31 – Distribuição de frequência das respostas obtidas com relação a oferta e monitoramento das solicitações de exames e encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos) feitos pelas equipes de PSF



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

A quinta questão do terceiro bloco de perguntas tratou da garantia de distribuição de outros medicamentos que se incluem fora da farmácia básica e, ainda, exames complementares de alta complexidade. Os resultados seguem na tabela 34.

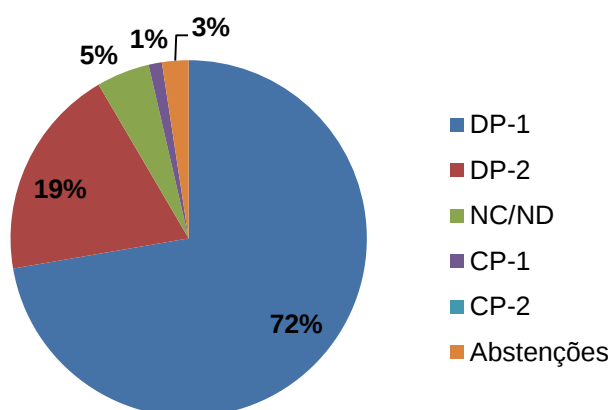
Tabela 34 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de outros medicamentos categorizados fora da farmácia básica e exames complementares de alta complexidade

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	60	1	60
DP-2	16	2	32
NC/ND	4	3	12
CP-1	1	4	4
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		108
Média		1,301204819	
Arredondando		1,3	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Houve apenas uma manifestação de concordância contra 76 votos negativos à proposição feita. Foi registrado um nível altíssimo de discordância (91%) contra apenas 1% de conformidade (gráfico 32).

Gráfico 32 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de outros medicamentos categorizados fora da farmácia básica e exames complementares de alta complexidade



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O foco da sexta questão do terceiro bloco de perguntas foi a garantia de disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma regular e suficiente para que a equipe realize suas atividades. As respostas obtidas estão registradas na tabela 35.

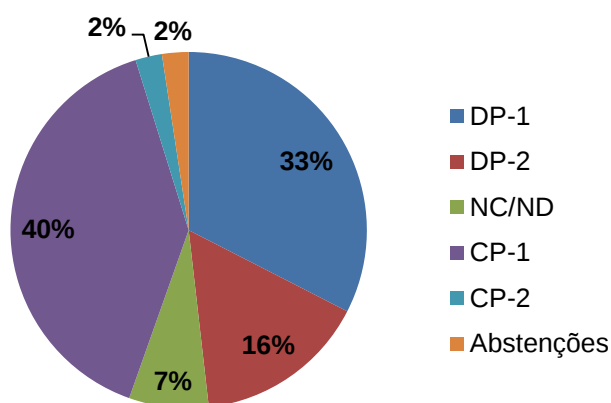
Tabela 35 –Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de EPI em quantidade regular e suficiente para que a equipe desenvolva atividades clínicas, cirúrgicas, de citologia e outras

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	27	1	27
DP-2	13	2	26
NC/ND	6	3	18
CP-1	33	4	132
CP-2	2	5	10
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		213
Média		2,56626506	
Arredondando		2,57	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os dados demonstram que há um equilíbrio entre os que concordam (40%) e os que não concordam (49%) com o item proposto. O gráfico 33 traça um desenho das respostas obtidas.

Gráfico 33 –Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre a garantia de EPI em quantidade regular e suficiente para que a equipe desenvolva atividades clínicas, cirúrgicas, de citologia e outras



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os números indicam que em algumas das unidades de saúde estudadas a garantia de EPI às equipes, para a execução de diversos procedimentos, é visto com muita responsabilidade e

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

com consciência sobre a importância desses equipamentos para a segurança tanto dos profissionais quanto dos pacientes. No entanto, alerta-se para a necessidade de conscientização junto às unidades cujo fornecimento de EPI ocorra de forma irregular ou de maneira insuficiente para a demanda de atendimentos e ações registrados.

O item 7 do terceiro bloco de questões abordou a garantia de recebimento do resultado dos exames solicitados pela equipe de saúde, em tempo hábil. A tabela 36 traz as respostas obtidas.

Tabela 36 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre o recebimento, em tempo hábil, de resultados de exames solicitados pela equipe de saúde

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	57	1	57
DP-2	21	2	42
NC/ND	3	3	9
CP-1	0	4	0
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		108
Média		1,301204819	
Arredondando		1,3	

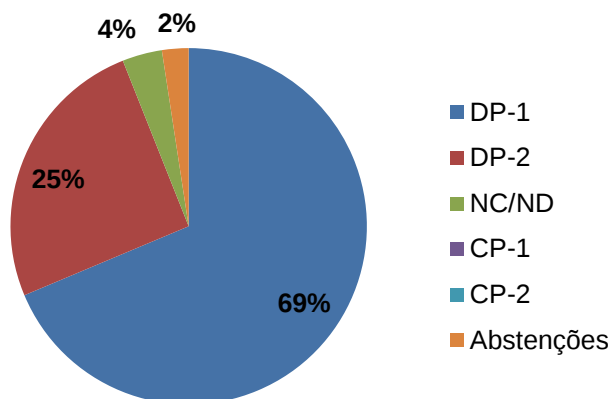
Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

É possível concluir, a partir dos dados obtidos, que na maioria das vezes a equipe não recebe, em tempo hábil, os resultados dos exames que solicita, o que acaba por transparecer uma ineficiência que lhe é atribuída pelos usuários, mas que, na realidade, vem da alta gestão e da deficiência no quesito organização e integração da rede de atenção à saúde.

O gráfico 34 mostra de forma bem delimitada os limites de concordância e discordância quanto ao cumprimento de prazos para o recebimento de exames solicitados pelas equipes.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 34 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre o recebimento, em tempo hábil, de resultados de exames solicitados pela equipe de saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O gráfico 34 mostra que 94% dos entrevistados discordam que os resultados dos exames solicitados são recebidos em tempo hábil pelas equipes que os solicitaram. Vale destacar que não houve nenhum registro de concordância, isto é, tirando as abstenções e os respondentes indecisos, o restante dos votos foi totalmente direcionado às categorias *discordo plenamente* e *discordo parcialmente*.

De acordo com o instrumento de Autoavaliação para a melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ, 2012), em sua Dimensão *Gestão Municipal*, Subdimensão *Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde*, são instrumentos de integração:

“1) Central de regulação responsável pela marcação de consultas, exames especializados, controle de leitos, internações e urgência e emergência, a partir de sistema *on-line* ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade; 2) Monitoramento das filas de espera para atenção especializada; 3) Existência de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde. Esse processo representa importante passo para a integração da rede de serviços e gestão do cuidado resolutivo e integral” (Amaq, 2012, p. 34)

Considerando a unanimidade de respostas negativas obtidas para o item 7, percebe-se que existe uma falha grande no que se refere à integração entre os serviços de saúde e as unidades básicas e que uma intervenção nesse processo se faz necessária e urgente.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O item 8 do terceiro bloco de questões tratou novamente da disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo. As respostas obtidas estão descritas na tabela 37.

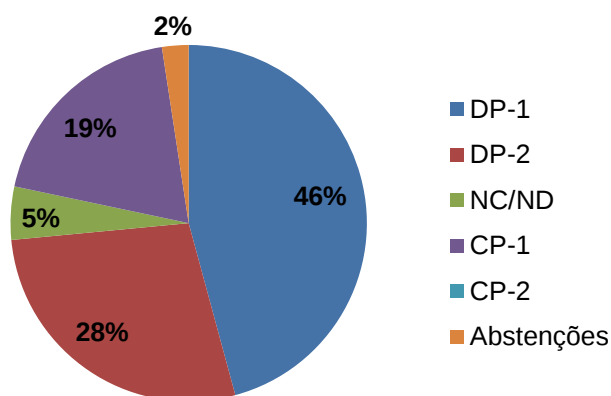
Tabela 37– Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	38	1	38
DP-2	23	2	46
NC/ND	4	3	12
CP-1	16	4	64
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		160
Média		1,927710843	
Arredondando		1,93	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os valores da tabela 37 corroboram os dados colhidos anteriormente, no item 9 do segundo bloco, apontando para os mesmos percentuais de concordância e discordância registrados, que foram, respectivamente, de 19% e de 74% (gráfico 35).

Gráfico 35 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Prosseguindo com as proposições, no terceiro bloco, abordou-se a garantia da disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização (PNEI). Os dados obtidos seguem expressos na tabela 38.

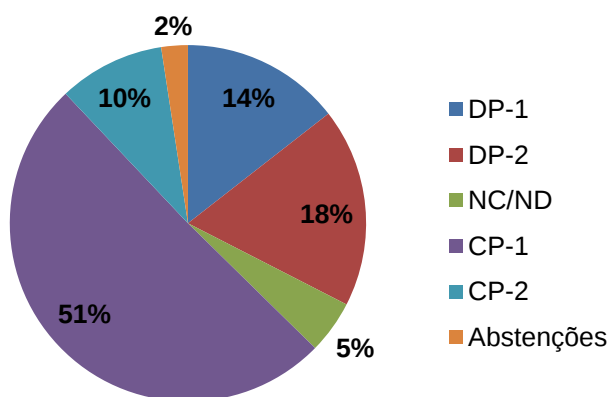
Tabela 38 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à garantia de disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do PNEI

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	12	1	12
DP-2	15	2	30
NC/ND	4	3	12
CP-1	42	4	168
CP-2	8	5	40
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		262
Média		3,156626506	
Arredondando		3,16	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Pela primeira vez, na pesquisa, o nível de concordância ultrapassou o percentual de discordância: foram 50 respondentes em consonância com o item proposto para 27 entrevistados que afirmaram não concordar com esse mesmo item. Uma melhor visualização encontra-se no gráfico 36.

Gráfico 36 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto à garantia de disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do PNEI



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Finalizando o terceiro bloco de questões, o item 10 levanta a discussão sobre a adequação da unidade básica de saúde (UBS) para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. A tabela 39 categoriza os resultados.

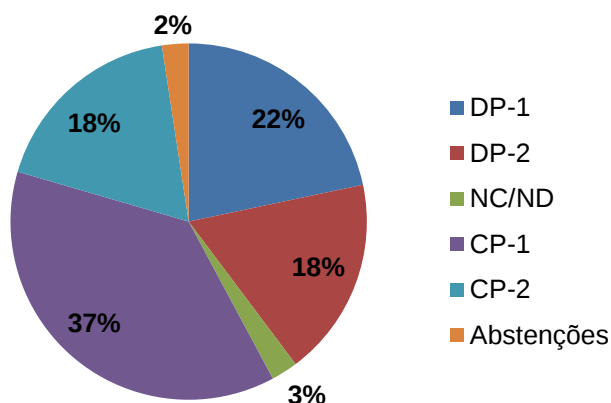
Tabela 39 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento sobre a adequação das UBS para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	18	1	18
DP-2	15	2	30
NC/ND	2	3	6
CP-1	31	4	124
CP-2	15	5	75
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		253
Média		3,048192771	
Arredondando		3,05	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Mais um item com julgamento positivo pelos respondentes, registrando 55% de aprovação contra 40% de discordância, o que vem demonstrar que as unidades de São José da Laje possuem ambiente adequado ao recebimento de pessoas com algumas necessidades e condições especiais (gráfico 37).

Gráfico 37 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento sobre a adequação das UBS para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O quarto e último bloco de questões voltou-se para a efetividade do apoio à infraestrutura e equipamentos fornecidos pela gestão. No primeiro item, o respondente foi convidado a julgar a adequação da infraestrutura física e dos equipamentos ao desenvolvimento das ações desenvolvidas em cada UBS, com vistas à garantia de atendimento individual, privacidade visual e auditiva e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. As respostas seguem descritas na tabela 40.

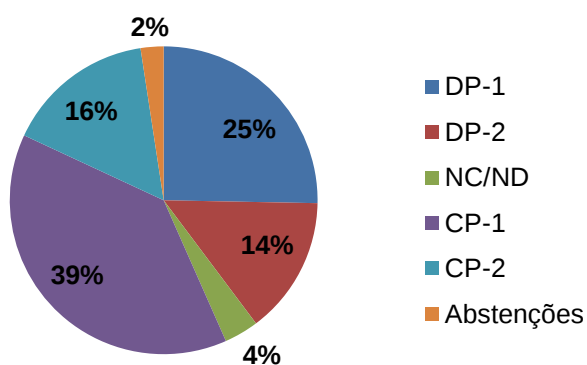
Tabela 40 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao julgamento da infraestrutura física e dos equipamentos da UBS

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	21	1	21
DP-2	12	2	24
NC/ND	3	3	9
CP-1	32	4	128
CP-2	13	5	65
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		247
Média		2,975903614	
Arredondando		2,98	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Diante dos números expressos na tabela 40, é possível concluir que as unidades possuem adequação da infraestrutura física e dispõem de equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. O gráfico 38 permite uma visualização mais uniforme dos dados.

Gráfico 38 – Distribuição de frequência das respostas obtidas sobre o julgamento da infraestrutura física e dos equipamentos da UBS



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O gráfico 38 demonstra que 55% dos entrevistados reconhecem que seus ambientes de trabalho, as unidades de saúde, estão preparados para prover atendimento individualizado e em conformidade com o preconizado pelo AMAQ no que se refere à adequação da infraestrutura e dos equipamentos disponíveis para atendimento de pessoas com necessidades especiais. Porém, considerando a existência de 39% dos respondentes que discordam deste item, o estudo sugere uma averiguação de todas as unidades para verificar em que cada uma precisa melhorar para oferecer um trabalho de excelência aos usuários.

O item 2 do quarto bloco de questões abordou a regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais. A Tabela 41 traz as respostas obtidas.

Tabela 41 – Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais

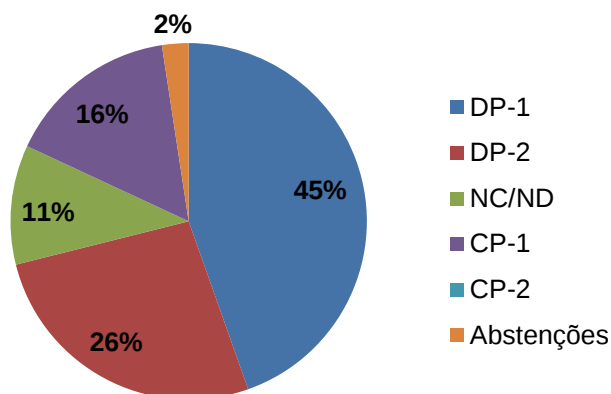
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	37	1	37
DP-2	22	2	44
NC/ND	9	3	27
CP-1	13	4	52
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		160
Média		1,927710843	
Arredondando		1,93	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

A partir dos dados descritos na tabela 41, foi possível observar que 59 dos 83 respondentes discordam que exista regularidade e cronograma sistemático para manutenções nas unidades, equipamentos e instrumentais, o que certamente compromete a qualidade dos serviços prestados aos usuários, pois um problema nas instalações físicas, algum equipamento quebrado ou com mal funcionamento, assim como instrumentais sem manutenção regular pode comprometer seriamente o atendimento nas unidades básicas de saúde e isso requer atenção dos gestores. Vale ressaltar, ainda, que esse item obteve o maior índice de neutralidade (11%), conforme se pode observar no gráfico 39.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 39 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Houve, nesse quesito, 71% de discordância, 16% de consonância com a proposição e 11% de respostas neutras, o que pode perfeitamente indicar que os funcionários, ainda que não identificados, tenham tido algum receio em discordar completamente do item e preferiram não tomar partido nessa questão. Acredita-se ser oportuna e adequada uma vistoria nas unidades, a fim de verificar se o cronograma de manutenção existe e está sendo cumprido.

O item 3 desse último bloco de questões, levantou o questionamento a respeito da disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet.

Muitas vezes, as ações encontram entraves em problemas simples, de fácil resolutividade, como é o caso da disponibilidade de linha telefônica, mesmo porque a comunicação entre as unidades; e entre as unidades e a comunidade constitui uma necessidade que, em muitos casos, garante a promoção de um cuidado emergencial e orientação aos usuários, bem como estreitamento das relações entre os profissionais de diversas unidades e de várias localidades, inclusive, quando se tem, ainda, equipamentos de informática com acesso à internet. As respostas para este item seguem descritas na tabela 42.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

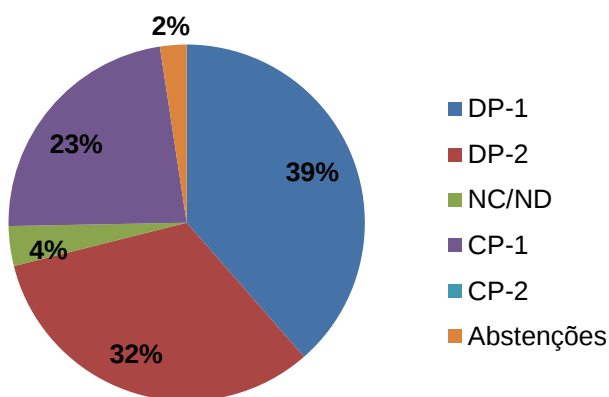
Tabela 42 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	32	1	32
DP-2	27	2	54
NC/ND	3	3	9
CP-1	19	4	76
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		171
Média		2,060240964	
Arredondando		2,06	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os dados revelaram um grau de discordância de 61%, quase três vezes maior que o grau de concordância, que foi de 23%, de onde se pode concluir que o serviço de telefonia e internet deixa a desejar no quesito eficiência ou resolutividade.

Gráfico 40 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Vale a pena considerar um investimento nessa questão, dada a importância da comunicação nos dias atuais, inclusive, via internet, uma vez que muitos serviços em saúde já estão informatizados e precisam desenvolver sua capacidade de intercomunicação para atingir cada vez mais resolutividade.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Prosseguindo com as proposições do quarto bloco de perguntas, o item 4 buscou verificar a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento. As respostas obtidas estão expressas na tabela 43.

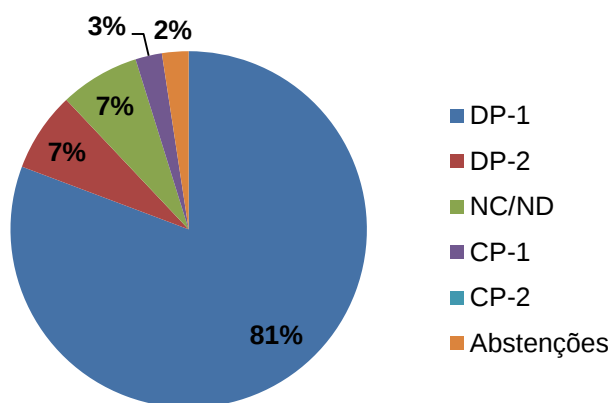
Tabela 43 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	67	1	67
DP-2	6	2	12
NC/ND	6	3	18
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		105
Média		1,265060241	
Arredondando		1,27	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os dados revelaram um grau de discordância praticamente unânime: dos 83 entrevistados, 67 discordaram plenamente e 6 discordaram parcialmente, totalizando 88% de reprovação por parte dos respondentes (gráfico 41).

Gráfico 41 –Distribuição de frequência das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Dentre os materiais e equipamentos necessários ao atendimento de urgência e emergência (primeiro atendimento) desenvolvido pelas equipes nas unidades básicas de saúde, estão: biombo, cilindro de oxigênio portátil completo, aspirador portátil ou fixo, colar cervical (kit com três tamanhos), máscara de oxigênio, esfigmomanômetro e outros, totalizando 20 itens indispensáveis ao primeiro atendimento (Amaq, 2012).

O item 5 desse bloco de questões abordou novamente a discussão sobre a disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo, desta vez enfatizando se isso ocorria para todas as unidades de PSF de São José da Laje. As respostas obtidas estão organizadas na tabela 44.

Tabela 44 – Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo, para todos os PSFs

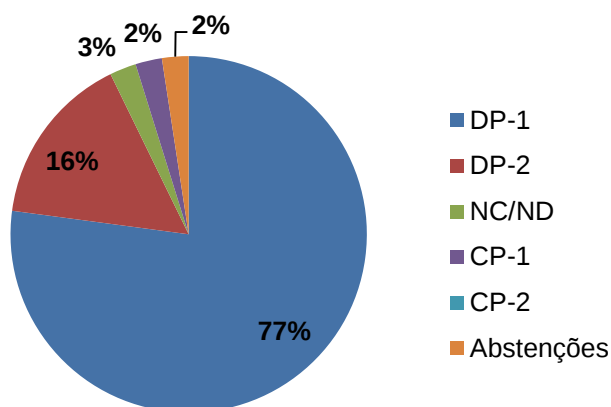
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	64	1	64
DP-2	13	2	26
NC/ND	2	3	6
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		104
Média		1,253012048	
Arredondando		1,25	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Quando a abordagem enfatizou que essa disponibilidade deveria se registrar em todas as unidades de PSF de São José da Laje, os números indicaram uma considerável mudança: enquanto no segundo e no terceiro bloco o nível de concordância e discordância não oscilaram, nesse bloco o grau de concordância se mostrou praticamente nulo, enquanto o grau de discordância subiu para 93% (Gráfico 42). É interessante observar como a mesma pergunta gerou resultados diferentes, apenas trocando-se o enfoque e a abrangência.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Gráfico 42 –Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo, para todos os PSFs



Fonte: Dados da Pesquisa (PEIXOTO, 2014).

De acordo com o gráfico 42, apenas 2% dos respondentes manifestaram concordância com o item julgado. O fato é que tanto no segundo, como no terceiro e quarto blocos, esse quesito transpareceu altíssimos níveis de insatisfação, necessitando, portanto, de uma revisão e tomada de decisão urgentes.

O item 6 abordou ainda a disponibilidade de veículo oficial, desta vez focalizando os trabalhadores da zona urbana, com relação aos deslocamentos em intervalos de almoço. As respostas obtidas estão descritas na tabela 45.

Tabela 45 –Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para deslocamentos das equipes em intervalos de almoço, dentro da zona urbana.

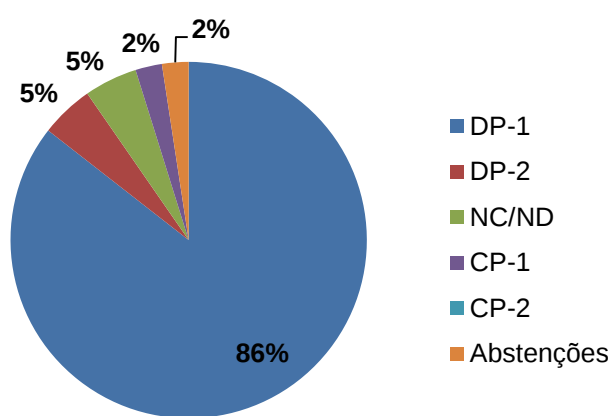
ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	71	1	71
DP-2	4	2	8
NC/ND	4	3	12
CP-1	2	4	8
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		99
Média		1,192771084	
Arredondando		1,19	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Os dados revelaram total insatisfação nesse item. O nível de discordância chegou a 91%, enquanto o de concordância registrou uma frequência de apenas 2% (Gráfico 43). É importante considerar a importância de um veículo oficial à disposição dos profissionais da zona urbana, uma vez que muitos executam trajetos de longa distância para almoçar e a ausência desse dispositivo interfere no rendimento do trabalho e, até, nas horas efetivamente trabalhadas.

Gráfico 43 –Distribuição de frequências das respostas obtidas para o questionamento acerca da disponibilidade de veículo oficial para deslocamentos das equipes em intervalos de almoço, dentro da zona urbana.



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

O sétimo item do último bloco de questões abordou a aplicação de recursos do PMAQ, conforme descrito na tabela 46.

Tabela 46 –Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre aplicação de recursos do PMAQ, respeitando-se as prioridades de cada PSF

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	75	1	75
DP-2	1	2	2
NC/ND	5	3	15
CP-1	0	4	0
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		92
Média		1,108433735	
Arredondando		1,11	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

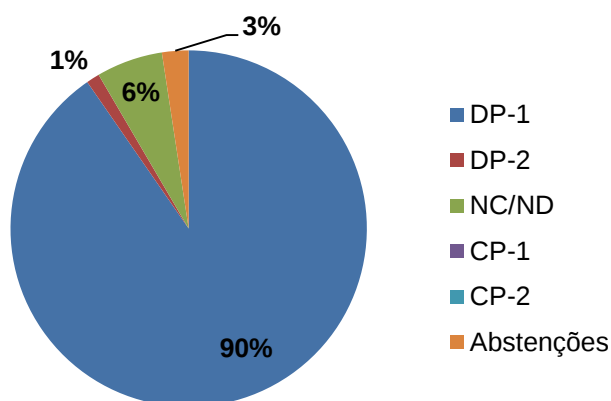
Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma iniciativa do Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) e Universidade de Brasília (UnB). (BRASÍLIA, 2012).

O objetivo desse programa é fazer com que profissionais, gestores e estudantes se sintam afetados às ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, particularmente na atenção básica e conheçam o PMAQ-AB, a fim de que venham contribuir para a sua implantação em nível local (BRASÍLIA, 2012).

Conforme descrito na Tabela 46, não houve qualquer manifestação de consonância com o item referido, enquanto o grau de discordância e insatisfação chegou a 91%, como se pode visualizar no gráfico 44.

Gráfico 44 –Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre aplicação de recursos do PMAQ, respeitando-se as prioridades de cada PSF



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Os dados obtidos indicam que os recursos não estão sendo aplicados em conformidade com as prioridades de cada PSF, o que contraria o disposto no PMAQ-AB, cuja aplicação de recursos deve se dar da forma mais eficiente e resolutiva possível, com o uso responsável por parte dos gestores e considerando a gestão por resultados alcançados. Mostra-se necessária uma inserção investigativa, com uma possível intervenção que possibilite a mudança desse quadro.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

O oitavo item do quarto bloco de questões trouxe à tona a discussão sobre a garantia de auxílio alimentação, na forma de lanche, às equipes de PSF da zona rural. Sobre isso, a tabela 47 descreve as respostas obtidas.

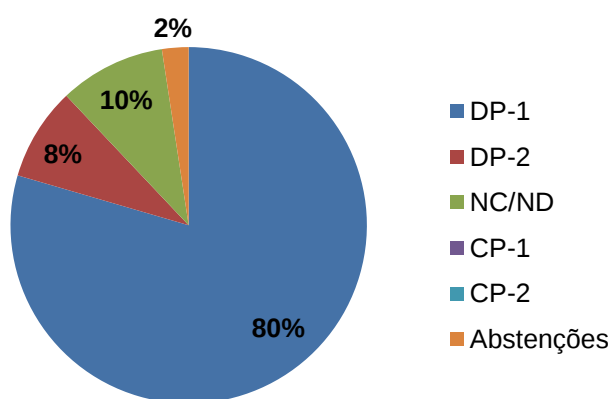
Tabela 47 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de auxílio alimentação às equipes de PSF da zona rural

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	66	1	66
DP-2	7	2	14
NC/ND	8	3	24
CP-1	0	4	0
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		104
Média		1,253012048	
Arredondando		1,25	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Foram registradas 88% de respostas que demonstram expressa discordância quanto ao item julgado, contra 10% em consonância de respostas neutras com o item proposto (gráfico 45). Fica claro que não existe uma política eficaz, no sentido de garantir o referido auxílio, tão necessário quanto possível de ser fornecido.

Gráfico 45 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a garantia de auxílio alimentação às equipes de PSF da zona rural



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

A penúltima pergunta do quarto bloco de questões abordou a disponibilidade, pela gestão municipal, de canais de comunicação para que os usuários possam expressar suas necessidades e expectativas. Os resultados estão expressos na tabela 48.

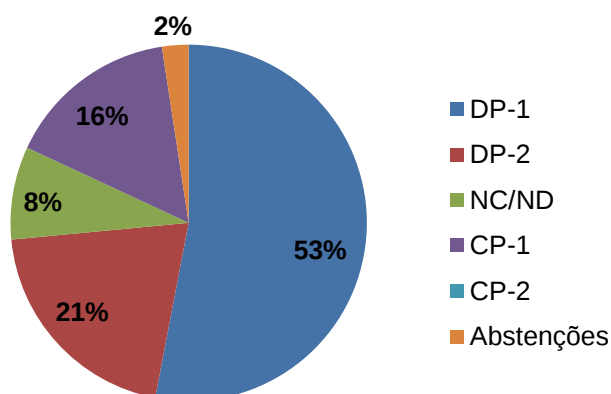
Tabela 48 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de canais de comunicação para usuários expressarem suas necessidades e expectativas

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	44	1	44
DP-2	17	2	34
NC/ND	7	3	21
CP-1	13	4	52
CP-2	0	5	0
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		151
Média		1,819277108	
Arredondando		1,82	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Ficou evidenciado que os canais existentes ainda são insuficientes e não proporcionam o fim a que se destinam, pois o item registrou um grau de discordância de 74% e apenas 16% de concordância (gráfico 46), o que indica a necessidade de mudança, uma vez que ouvir o usuário é condição importantíssima para traçar estratégias mais eficazes para a comunidade local.

Gráfico 46 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a disponibilidade de canais de comunicação para usuários expressarem suas necessidades e expectativas



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Ainda abordando a comunicação, o item 10 do último bloco de questões, enfatizou a comunicação entre gestores e profissionais. As respostas foram registradas na tabela 49.

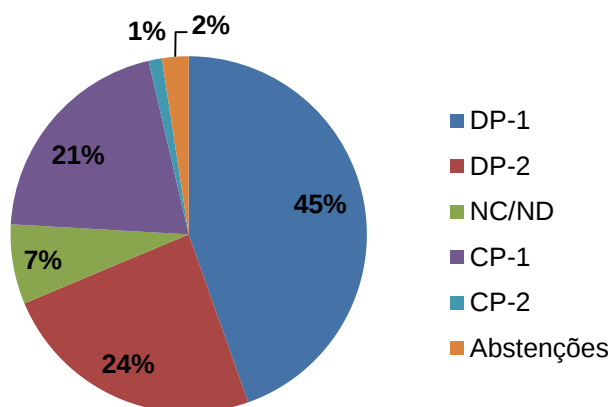
Tabela 49 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a comunicação entre gestores e profissionais

ALTERNATIVAS	Frequência (f)	Peso (p)	f.p
DP-1	37	1	37
DP-2	20	2	40
NC/ND	6	3	18
CP-1	17	4	68
CP-2	1	5	5
Abstenções	2	0	0
TOTAL	83		168
Média		2,024096386	
Arredondando		2,02	

Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

Sabe-se que da comunicação entre gestores dos sistemas de saúde e os profissionais deriva a análise das metas alcançadas ou se verifica possíveis lacunas, o que vem a permitir o planejamento conjunto das ações (gestão participativa). Os números da pesquisa, então, revelam que, também nesse quesito, há uma falha grave que precisa ser reparada o quanto antes. O grau de insatisfação chegou a 69%.

Gráfico 47 – Distribuição de frequências das respostas obtidas quanto ao questionamento sobre a comunicação entre gestores e profissionais



Fonte: Dados da Pesquisa (Peixoto, 2014).

CONCLUSÃO

Uma das políticas públicas de maior alcance e expressividade, no Brasil, o SUS, nasceu de debates e lutas democráticas na sociedade civil, envolvimento pelo movimento da Reforma Sanitária (Brasil, 2006), que visava possibilitar um serviço de saúde de qualidade, articulado com toda a área de saúde, além de promover uma assistência integral, equânime e universal para todos os brasileiros nas UAB.

Nesse sentido, tem-se buscado políticas que ampliem ainda mais o acesso aos serviços prestados no âmbito da saúde pública brasileira e garantam, sobretudo, qualidade em todos os processos inerentes ao atendimento do cidadão pelo SUS, desde a sua recepção nas UAB até a satisfação de suas necessidades, com completude e eficácia por parte dos prestadores de serviços e profissionais envolvidos direta ou indiretamente nesse atendimento.

A porta de acesso aos serviços de saúde na AB é o PSF, que é uma equipe multidisciplinar composta por médico, dentista, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de enfermagem (AE) e auxiliares de saúde bucal (ASB). A missão do PSF, tanto no âmbito individual como no coletivo, é desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, promovendo uma atenção integral, universal, equânime, integrada com outras áreas e de qualidade para toda a população assistida.

Nesse contexto, buscou-se compreender de que maneira se desenvolve a Gestão de Pessoas e a Percepção dos Profissionais quanto à Qualidade dos Serviços e Ações em Saúde desenvolvidos nas unidades de PSF de São José da Laje – Alagoas, através da aplicação de um questionário em oito unidades daquele município.

Os resultados apontaram um enorme distanciamento entre o que é pactuado e o que é desenvolvido na prática de cada unidade de PSF. Foi possível verificar que a aplicação do PMAQ, por exemplo, não tem respeitado as prioridades definidas pelas equipes, demonstrando um índice de 91% de discordância dos entrevistados nesta pesquisa.

Outros números retratam de forma muito expressiva o nível de insatisfação dos profissionais quanto à forma como estão sendo geridos, com desrespeito a direitos já conquistados e falta de condições para desenvolverem um bom trabalho: 88% dos entrevistados afirmaram não receber auxílio-alimentação para o trabalho na zona rural, 88% discordam da

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

disponibilidade de materiais e equipamentos para a realização do primeiro atendimento, 94% dos respondentes afirmam que os resultados de exames solicitados pelas equipes não chega em tempo hábil para o planejamento das intervenções; 97% afirmam que não têm o Plano de Cargos e Carreiras implantado; 90% discordam que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador esteja sendo cumprida, no que se refere à promoção da saúde integral; 94% afirmam não receber insalubridade/periculosidade e mais de 88% dos entrevistados manifestaram discordância total ou parcial com relação à disponibilidade de veículo oficial para as ações externas.

Outros números chamam a atenção para a deficiências nos canais de comunicação entre gestores e profissionais (69% dos entrevistados afirmam que tal comunicação não existe) e os disponíveis para ouvir os usuários (74% discordam de sua eficiência).

Tais números evidenciam que a maneira como a gestão de pessoas vem sendo desenvolvida está em dissonância com diversas políticas que visam promover a qualidade na atenção básica, uma vez que muitos dos direitos trabalhistas e previdenciários não são cumpridos, instalando-se um clima de total insatisfação do trabalhador da saúde que, como ser humano que, também necessita de cuidados e de ter suas necessidades satisfeitas, a partir de uma remuneração justa, premiação adequada, conforme o PMAQ, garantia de discussão e execução dos planejamentos das intervenções, melhores condições de trabalho, reconhecimento, garantia de educação permanente e, sobretudo, respeito a todos os direitos já conquistados.

Contudo, a amostra integrante da abordagem utilizada, apesar de permitir que minúcias, ou seja, que os resultados fossem analisados e interpretados, não permite que sejam contextualizados para todos os PSFs da região de saúde pesquisada, bem como para todos os profissionais envolvidos na qualidade da assistência prestada no município de São Jose da Laje.

Ademais, baseando-se nas limitações, propõe-se que uma outra pesquisa em outros PSFs, complementado o estudo atual, possibilitando uma amplitude das informações, vislumbrando-se, como foco, a percepção dos usuários com relação aos serviços e ações executados pelas unidades e suas equipes, a fim de confrontar com a percepção dos profissionais e favorecer o traçado de novas formas de gestão, mais participativa e focada na qualidade do atendimento.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

BIBLIOGRAFIA

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (2012). Brasília, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf> Acesso em: 9 mar. 2013.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. *Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*. Direção: Renato Tapajós. Realização: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Universidade Federal Fluminense (UFF). Brasília: Videosaúde, documentário (60 min.). DVD, son., PP & B/color.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Gestão participativa e cogestão / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (série B. textos Básicos de saúde).

BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

BRASIL (2012). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. 2*. Brasília.

CAMPOS, V. A.; MALIK, A. M. Gestão de Pessoas em Hospitais. In: NETO, G. V.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CARVALHO, J. A. (2010). A Produção Bibliográfica sobre o Programa Saúde da Família no Brasil: análise bibliométrica do período 1994-2009. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de mestre, orientada por maria Guadalupe Medina, Salvador.

CHIAVENATO, I. (2010). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3ª ed. – Rio de Janeiro: Elsevier.

CUNHA, L. M. A. *Modelos Raschi e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística). Universidade de Lisboa, 2007.

DIONE, J.; LAVILLE, C. *A construção do saber*. Manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

DUARTE, D. (2014). *Noções de Amostragem*. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/nocoas-de-amostragem-denise-duarte-depto-de-estatistica-icex-ufmg.html>. Acesso em: 23 março 2014.

DUTRA, J. S.A. (2011). *Gestão de Pessoas Passada a Limpo*. In: _____. *Gestão de Pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas*. São Paulo: Atlas.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Atenção Básica*. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 29 jul. 2016.

FREITAS, H. P.; JANISSEK, R. (2000). *Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados quantitativos*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. (2011). *Relatório Sobre Como Fortalecer os Acertos e Corrigir as Fragilidades da Estratégia Saúde da Família*. 2011.

_____. *Influências históricas na administração*. Disponível em: <http://www.professorcezar.adm.br/Textos/InfluenciasHistoricasAdm.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2014). *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIASUS*. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-ambulatoriais-do-sus-siasus.html> Acesso em: 10 mar. 2014.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad* / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. 852 p. ISBN 978-85-87743-20-6.

JUNQUEIRA, L. A. P. (1987). Organização e prestação pública dos serviços de saúde. *Caderno Fundap*, v. 7, nº 13. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, set. 2010, p. 52-56

MINAYO, M. C. S. (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. ISBN 978-85-326-1145-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 10 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília.

NORMA REGULAMENTADORA Nº 15: Atividades e Operações Insalubres. 2011 (última revisão).

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

OLIVEIRA FILHO *et al.* (2012). Retratos do Programa Saúde da Família em construções discursivas de usuários. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, n 32, v. 3, 604.

OLIVEIRA, S. S. *A influência do profissional médico na gestão hospitalar*. Monografia (Graduação em Administração). Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2011.

PEIXOTO, D. F. (2013). *Gestão de Pessoas e Percepções dos Usuários na Qualidade de Serviços e Ações em Saúde na Atenção Básica do Programa de Saúde da Família da Cidade de São José da Laje*. Projeto de mestrado apresentado à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para obtenção de grau de mestre, orientado por António Augusto Costa, Maceió.

PEREIRA, S. N. (2009). *Qualidade em Saúde: o papel dos sistemas de informação*. Dissertação apresentada à Universidade Nova de Lisboa, para obtenção do grau de mestre, orientada por Filipe Janela, Jorge Sequeira e Rute Baptista, Lisboa.

PINTO, A. L. S. (2014). *Grupos/Equipas de Trabalho: Desenvolvimento, Gestão do Conhecimento e Eficácia*. Tese apresentada à Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de doutor, orientada por Paulo Renato Lourenço, Coimbra.

PIRES, C. A. C. (2010). *Impacto da Gestão Participativa por Objectivos na Gestão da Qualidade*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta, para obtenção do grau de mestre, orientada por António Ramos Pires, Lisboa.

PROENÇA, V. S. H. (2013). *Qualidade Organizacional nas USF: Candidatura ao Modelo Organizacional B na USF CelaSaúde*. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia para obtenção do grau de mestre, orientada por Pedro Torres e Maria Teresa Tomé, Lisboa.

RIBAS, A.; DURAN, C. (2014). *Gestão de Pessoas nas Organizações*. Disponível em: <<http://www.impconcursos.com.br/pdf/pdf/APOSTILADEGESTaODEPESSOAS-TST.pdf>> Acesso em: 10 março de 2014

RIBEIRO, H. M. C. B. (2013). *Políticas de Saúde e Interdisciplinaridade: reflexões sobre os desafios do trabalho coletivo na Atenção Básica em Saúde*. VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Maranhão.

RICHARDSON, R. J. (2010). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. Revista Ampliada 3 ed. São Paulo: Atlas.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. (2005). Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Corte, 2012.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

SOPHIA, D. C. (2012, Dez) Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561.

VECINA NETO, G. *A Evolução da Assistência à Saúde no Mundo e no Brasil até o SUS*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; BINOTTO, E. *A liderança e o embate das subculturas: um estudo do setor hospitalar*. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 12.2009, São Paulo: Anais... São Paulo: FGV-EAESP, 2009.p. 1-16.Disponível em:<http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2009/artigos/E2009_T00104_PCN83601.pdf> Acesso em: 3 mar. 2014.

VENDEMIATTI, M. et al. (2010, Junho). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE PSF DE SÃO JOSÉ DA LAJE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

QUESTIONÁRIO

(Adaptado com base no Manual de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade – AMAQ e em Eliana Mello de Medeiros – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa –Portugal, elegendo-se a escala de Likert como instrumento de análise das respostas obtidas).

Aos profissionais da Rede Pública de Saúde de São José da Laje/AL:

Estamos nos dirigindo a você a fim de solicitar sua colaboração para uma pesquisa que estamos desenvolvendo com o temário: **“Gestão de Pessoas e a Percepção dos Profissionais quanto à Qualidade dos Serviços e Ações em Saúde nas Unidades de PSF de São José da Laje - Alagoas ”**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Denise Fragoso Peixoto, sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, como base para minha pesquisa de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT / Portugal.

Nosso objetivo é compreender de que maneira se desenvolve a Gestão de Pessoas e a Percepção dos Profissionais quanto à Qualidade dos Serviços e Ações em Saúde desenvolvidos nas unidades de PSF de São José da Laje – Alagoas.

Não se trata de um teste de avaliação, portanto não existem respostas certas ou erradas. O importante é que você responda a todas as questões com sinceridade, deixando claro o seu sentimento em relação aos itens julgados em cada pergunta.

As suas respostas serão utilizadas *apenas* para investigação científica, portanto, todas as informações fornecidas serão mantidas no *anonimato*.

POR FAVOR, AO TERMINAR VERIFIQUE SE NÃO ESQUECEU DE RESPONDER NENHUMA PERGUNTA.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

A sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do nosso estudo. Desde já agradecemos a sua disponibilidade!

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOSÉ DA LAJE

Perfil do Entrevistado		
1. Idade: () menos de 25 () entre 25 e 30 () entre 31 e 36 () entre 37 e 45 () entre 46 e 60	2. Sexo: () F () M	3. Grau de formação: () Ensino Médio () Ensino Superior Qual? _____ () Pós-Graduação em Saúde Coletiva () Pós-Graduação em Medicina da Família e Comunidade () Pós-Graduação em Saúde da Família () Pós-Graduação em Administração () Pós-Graduação em Gestão Pública
4. Tempo de serviço no PSF: () Menos de 1 ano () De 1 à 5 anos () De 6 à 10 anos () De 11 à 15 anos () Mais de 15 anos		5. Exerce ou já exerceu cargo de chefia? () Sim () Não Se sim, durante quanto tempo? () Menos de 1 ano () De 1 à 5 anos () De 6 à 10 anos () De 11 à 15 anos () Mais de 15 anos
6. Em que (quais) área(s) atua no momento? () Público () Privado () Ambos		7. É proprietário ou sócio de clínica ou qualquer outro estabelecimento de saúde? () Sim () Não
8. Possui algum negócio que não seja na área de saúde? () Sim () Não		
9. Quantos locais de trabalho fora do PSF?		

Para todas as questões que seguem, observe a legenda abaixo e faça a marcação que melhor se adéque ao seu julgamento sobre os itens:

- **DP-1:** Discordo Plenamente
- **DP-2:** Discordo Parcialmente
- **NC/ND:** Não Concordo nem Discordo
- **CP-1:** Concordo Parcialmente
- **CP-2:** Concordo Plenamente

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

(Escala de Likert)

1 – Considerando o apoio institucional ofertado às equipes de Atenção Básica dos PSFs de São José da Laje, avalie a gestão.

ITENS A JULGAR	DP-1	DP-2	NC/ND	CP-1	CP-2
1. Garantia de equipe de apoio institucional ou similar como dispositivo de gestão vinculado aos profissionais da Atenção Básica dos PSF					
2. Promoção de estratégias para a continuidade do cuidado dos problemas mais frequentes e linhas de cuidado prioritárias, assegurando profissionais e serviços em seu território ou região de saúde.					
3. Promoção de forma permanente e contínua elaboração de programa ou política de educação permanente instituído para a Atenção Básica.					
4. Garantia e apoio ao funcionamento regular e autônomo do Conselho Municipal de Saúde.					
5. Diligência do desenvolvimento de processos de pesquisa e análise de satisfação do profissional em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da Atenção Básica.					
6. Compactuação com os profissionais dos PSFs para serem informados sobre suas reivindicações para melhoria das condições de trabalho.					
7. Apoio institucional no estabelecimento da relação democrática e diálogo com as equipes de Atenção Básica.					
8. Estímulo à equipe para planejamento das ações com base no diagnóstico situacional de seu território envolvendo a comunidade no planejamento das ações.					

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

9. Permissão da utilização de dispositivos de educação e apoio matricial à distância, pelas equipes de saúde, com vistas à qualificação do cuidado prestado aos usuários.					
10. Promoção da discussão de resultados e uso da informação pelas equipes de Atenção Básica					

2- Sobre a utilização de critérios para a implementação de uma Gestão de Pessoas que valorize seus profissionais, avalie a gestão.

ITENS A JULGAR	DP-1	DP-2	NC/ND	CP-1	CP-2
1. Estabelecimento dos direitos garantidos aos profissionais, pela NR-15 e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) são efetivos.					
2. Promoção e viabilidade dos direitos assegurados pela NR-15 e pela PNST, por parte dos Gestores municipal e de saúde, como também os Coordenadores da Atenção Básica e de Saúde Bucal.					
3. Estabelecimento ou desenvolvimento de estratégias que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores da Atenção Básica.					
4. Promoção de remuneração e premiação dos trabalhadores, considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Atenção Básica.					
5. Garantia de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) aos trabalhadores da Atenção Básica.					
6. Promoção do desenvolvimento de ações em saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, promovendo saúde integral dos trabalhadores da Atenção Básica.					
7. Garantia de educação permanente regular aos profissionais de saúde.					

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

8. Estabelecimento de relação democrática e diálogo com as equipes de Atenção Básica, garantindo a gestão participativa.					
9. Garantia de disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo.					
10. Pagamento de insalubridade/periculosidade a todos os trabalhadores da Atenção Básica, respeitando as atividades e normas insalubres dispostas na NR-15.					

3- Analisando a prestação de serviços e ações de saúde ofertados aos usuários do PSF de São José da Laje, julgue os itens abaixo, no que se refere à efetividade da gestão.

ITENS A JULGAR	DP-1	DP-2	NC/ND	CP-1	CP-2
1. Estabelecimento de prioridades de investimentos, disponibilizando insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.					
2. Estabelecimento de disponibilidade de insumos e medicamentos para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.					
3. Garantia de disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica com suficiência e regularidade.					
4. Oferta do registro e monitoramento das solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades (inclusive retornos) feitas pelas equipes dos PSFs.					
5. Garantia de distribuição de outros medicamentos, que estão fora da farmácia básica, e exames complementares de alta complexidade.					
6. Garantia de disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma regular e suficiente para que a equipe realize suas atividades clínicas, cirúrgicas, de citologia e outras.					

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

7. Garantia de recebimento do resultado dos exames solicitados pela equipe de saúde, em tempo hábil.					
8. Disponibilidade de veículo oficial para atendimento externo (visitas domiciliares).					
9. Garantia da disponibilidade de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.					
10. Adequação da Unidade Básica de Saúde para o atendimento de pessoas com deficiências e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.					

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

4- Qual seu julgamento quanto a efetividade do apoio à infraestrutura e equipamentos fornecidos pela gestão?

ITENS A JULGAR	DP-1	DP-2	NC/ND	CP-1	CP-2
1. Adequação da infraestrutura física e dos equipamentos ao desenvolvimento das ações desenvolvidas na Unidade Básica do PSF de São José da Laje, permitindo atendimento individual com garantia da privacidade visual e auditiva e/ou mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.					
2. Regularidade e sistemática do cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais.					
3. Disponibilidade de linha telefônica e equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenharem suas atividades.					
4. Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.					
5. Disponibilidade de veículo oficial (para todos os PSF) para atendimento externo (visitas domiciliares)					
6. Disponibilidade de veículo oficial aos profissionais do PSF da zona urbana, nos deslocamentos em intervalos para almoço.					
7. Planejamento da aplicação dos recursos do PMAQ, em conjunto com os profissionais, respeitando as prioridades de cada PSF.					
8. Garantia de auxílio alimentação, na forma de lanche, às equipes de PSF da zona rural.					
9. A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.					
10. Comunicação entre gestores dos sistemas de saúde e os profissionais, derivando dessa comunicação a análise das metas alcançadas ou verificação das lacunas existentes, permitindo o planejamento conjunto (gestão participativa).					

Obrigada por sua participação!

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Gestão de Pessoas e a Percepção dos Profissionais de Saúde quanto à Qualidade de Serviços e ações executados na Atenção Básica das Unidades de PSF de São José da Laje.

Pesquisadora responsável: Denise Fragoso Peixoto

Instituição/Departamento: Faculdade de Teologia Integrada e Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Telefone para contato: 0 (XX) 55 (82) 8852-2619 / 0 (XX) 55 (82) 9129-4316

Local da coleta de dados: Programa Saúde da Família Artur Orlando de Andrade Bezerra, em São José da Laje-AL.

Prezado (a) Senhor (a):

- você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão sanar todas as suas dúvidas antes que você se decida pela participação, como respondente. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: compreender de que maneira se desenvolve a Gestão de Pessoas e a Percepção dos Profissionais quanto à Qualidade dos Serviços e Ações em Saúde desenvolvidos nas unidades de PSF de São José da Laje/Alagoas.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam sobre as questões que norteiam este trabalho

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. Mas, irá propor mudanças que busquem uma nova visão e estratégias de Gestão Pública, viabilizando a implementação de uma Gestão de Pessoas voltada para promover serviços de saúde de excelência.

Riscos: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Ciente e de acordo com o que me foi anteriormente exposto, eu _____
_____, concordo em participar desta
pesquisa, assinando este consentimento, em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

São José da Laje, _____ de _____ de 2014.

Pesquisador responsável

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

APÊNDICE C – CÁLCULO DA AMOSTRA REFERENTE A ESTE ESTUDO

$$\text{FÓRMULA} \quad \longrightarrow \quad n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

Dados Utilizados:

$\sigma = 95\%$ (adota-se o valor de 1,960)

$p = 50 = 0,5$

$q = (100-50) = 50 = 0,5$

$N = 87$

$e = 5\%$ (0,05)

$n = ?$

Cálculos:

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

$$n = \frac{1,960^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 87}{0,05^2(87 - 1) + 1,960^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 21,75}{0,0025 \cdot 86 + 3,8416 \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{83,5548}{0,215} + \frac{83,5548}{0,9604} = 1,1754 = 71,086$$

Denise Fragoso Peixoto - Gestão de pessoas e a percepção dos profissionais quanto à qualidade dos serviços e ações em saúde nas unidades de PSF de São José Da Laje/Alagoas

Observação: O nível de confiança escolhido foi de 95%, portanto $\sigma = 1,960$ e o erro máximo permitido é de 5% (0,05). O número total da amostra é de 87 profissionais, lotados nas unidades de PSF mencionadas na apresentação desta pesquisa. O cálculo da amostra permitiu concluir que serão necessários apenas 71 questionários válidos para o enfoque do presente estudo.