

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**SANDRA REGINA BONIFÁCIO**

**ANÁLISE DOS ANTECEDENTES MOTIVACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DOS  
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

**São Paulo  
2019**

**Sandra Regina Bonifácio**

**ANÁLISE DOS ANTECEDENTES MOTIVACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DOS  
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre Profissional em Administração Gestão de Sistemas de Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes

**São Paulo  
2019**

Bonifácio, Sandra Regina.

Análise dos antecedentes motivacionais dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. / Sandra Regina Bonifácio. 2019.

109 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes

1. Núcleo de apoio à saúde da família. 2. Análises multivariadas. 3. Escalas de medida. 4. Motivação.

I. Lopes, Evandro Luiz.                      II. Título.

CDU 658:616

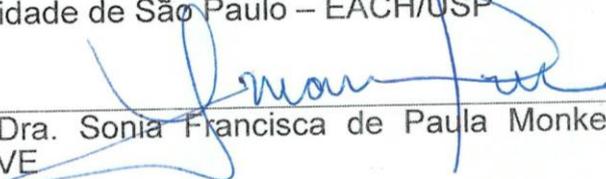
SANDRA REGINA BONIFÁCIO

**ANÁLISE DOS ANTECEDENTES MOTIVACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DOS  
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. George Bedinelli Rossi – Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Leonardo Aureliano da Silva - Universidade Anhembi Morumbi – UAM  
(Suplente)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Chenyfer Dobbins Abi Rached – Universidade Nove de Julho – UNINOVE  
(Suplente)

São Paulo, 26 de setembro de 2019

## **DEDICATÓRIA**

As minhas avós Dolores da  
Costa Dias Lage e Tereza  
Bonifácio *in memoriam* minhas  
eternas inspirações.

## AGRADECIMENTO

Aos 5 anos de idade, disse para minha mãe que seria professora para alfabetizar minha avó materna, minha mãe sorriu e disse: se esse for seu caminho, persista! Após algumas intempéries que perpassaram entre o medo de perder minha mãe e a coragem exigida para ajudar a cuidar dela em todos os processos de saúde pelos quais ela sempre passou, aos 11 anos disse para minha mãe que queria ser Fisioterapeuta e ela emocionada me disse: se for esse seu caminho persista! No entanto, ela pontuou que não teria condições financeiras para me ajudar a alcançar os meus sonhos, mas que se eu tivesse determinação e me esforçasse, tudo seria possível e que com isso sonho dela seria ter vida e saúde para ir em minha formatura. Prometi que ela iria e que não precisaria se preocupar, pois eu seria bolsista em alguma universidade. Já na adolescência, com mais clareza do que seria necessário para atingir meus objetivos, conciliei trabalho e estudo com a certeza de que atingiria o alvo e assim tem sido até aqui: longos e árduos anos de estudo e dedicação.

Nessa caminhada acadêmica que muitas vezes soa uma trajetória solitária, desconheço outra forma de iniciar meus agradecimentos se não os dirigir a todos aqueles que estiveram comigo desde o início e durante a realização desse sonho.

Por isso, agradeço a Deus pela dádiva da vida e por todo seu misericordioso amor e fé que me renova a cada amanhecer, pois sem Ele nada seria possível. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas - Romanos 11:36.

No âmbito acadêmico, agradeço aos Professores Eduardo Storopoli e Maria Cristina Storopoli, fundadores da Universidade Nove de Julho, pela bolsa de estudos concedida e por todo investimento realizados em todos os cursos, ações e projetos sociais mantendo a Universidade no ranking das melhores instituições de ensino privado do país.

Ao meu orientador, Professor Dr. Evandro Luiz Lopes por me acolher desde o início com muita competência, respeito e entusiasmo, por todo incentivo durante o curso e principalmente por servir de inspiração pela competência e humildade como professor e por revelar-me os passos metodológicos inerentes à pesquisa acadêmica. Quando eu crescer, quero ser como o senhor.

À Profa. Dra. Sônia Francisca de Paula Monken e ao Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz pelas valiosas contribuições realizadas na banca de qualificação deste trabalho.

À Profa. Dra. Sônia Francisca de Paula Monken e ao Prof. Dr. George Bedinelli Rossi por terem aceitado participar da avaliação final desta pesquisa.

Aos professores do GSS, em especial à Profa. Dra. Marcia Novaretti pelos ensinamentos, disponibilidade e por partilharem conosco parte de suas histórias na trajetória da vida acadêmica. Todas elas serviram como fonte de inspiração.

A todo pessoal da secretaria e de pesquisa do GSS e do PPGP da Universidade Nove de Julho, em especial a Queli Sena Nascimento e Layane Ribeiro de Alencar pela competência, paciência, simplicidade e simpatia. A você Quelisma, carinhosamente chamada, te descrevo como um presente de Deus e expesso um sentimento terno de admiração e carinho. Obrigada por cada palavra de incentivo, obrigada por hoje fazer parte do meu hall de amigos.

A todos os colegas de classe que estiveram presentes nessa inesquecível jornada que não começa nem termina aqui, desejo a todos muito sucesso!

À Universidade Nove de Julho que me concedeu essa e tantas outras oportunidades, desde a primeira pós-graduação, durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e como colaboradora à época da preceptoría em Saúde Coletiva e na docência, contudo cabe um agradecimento especial aos Professores Adriano Rodrigues chamado preferido e ao Professor Cid André pelo apoio na fase da preceptoría e incentivo a continuidade dos estudos e a persistência rumo a prática docente. Sempre me senti acolhida, respeitada e motivada. Acredito ser a vida uma soma de fatores, razões, emoções, sonhos, realidades e muita persistência. Eu sempre gostei de estudar e além do prazer em aprender encontrei em todos os ambientes de ensino que passei, acolhida, atenção e incentivo além da aprendizagem sem contar nas amizades que construí.

Para mim, desde a infância, mas principalmente na adolescência e na juventude, os ambientes escolares foram meu terceiro abrigo, terceiro, pois meu segundo abrigo sempre foi a casa e o abraço da minha avó materna. E abrigo propicia o desenvolvimento de habilidade e sem sombra de dúvidas todas as unidades de ensino que passei, bem como os professores que me motivaram a chegar até aqui e que sempre serão parte de minhas inspirações merecem meu agradecimento e respeito.

Aos Professores do Ensino Fundamental e Ensino Médio, aos Professores da Graduação, aos Professores da Residência Multiprofissional e aos Professores do Mestrado obrigado por acreditarem em mim.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e a todos os profissionais das equipes NASF que me ajudaram, escutando-me, apoiando-me e respondendo ao questionário da pesquisa pertinente ao meu trabalho de campo, em especial a Maria Luiza Santa Cruz, Augusta Carvalho e Elido José Morina, coordenadores de equipes NASF, e à Coordenadoria Regional

de Saúde Norte que permitiram e me apoiaram diretamente colaborando com a execução da pesquisa. Em especial as equipes NASF nas quais tive contato na trajetória profissional na Atenção Básica. A todos, agradeço por terem me propiciado a execução dessa pesquisa e também agradeço pela caminhada em prol de uma saúde pública mais humanizada e eficiente, afinal dez anos de NASF não é para qualquer um. A vocês, deixo minha gratidão e admiração.

A todos os pacientes, aos atendimentos individuais ou compartilhados aos grupos e a tudo que me proponho a fazer por e para vocês, expresso minha gratidão pela permissão do meu toque a vossos corpos.

A todos os meus amigos de longa data, não poderia deixar de agradecê-los por todo apoio e paciência, por tolerarem e compreenderem minha ausência em alguns momentos. Um especial obrigado para: Soraya Sayuri, Simone Cibele, Patrícia Rodrigues, Cibele Santos, Roger André, Julyana Biasi, Willian Nascimento, Aline Lopes, Rosana Alves, Suzana, Eduardo, Felipe Barros, Márcia Santos, Rubinalva Kretli, Gabriela Pimentel, Mirtes Nunes, Jakson Leite e Aline Falconi.

Aos alunos carinhosamente chamados de pupilos, expresso minha gratidão. Obrigada por acreditarem em mim, obrigada pela partilha de saberes e por todo carinho que recebo.

Finalmente aos meus pais, principalmente a minha mãe, deixo um agradecimento especial por todas as lições de amor, caridade, respeito, dedicação e determinação. Mãe, a Sra. viu não somente minha graduação, mas ainda iremos comemorar outras conquistas, pois consciente e inconscientemente tudo o que fiz e faço é pelo seu sorriso. Ao meu irmão Fábio Bonifácio por ter me ensinado noções de caráter e por ter me presenteado com meu amado sobrinho e afilhado Davi Balbino Bonifácio e ao meu irmão Fernando Bonifácio em memória por ter me ensinado o que é alegria mesmo no breve tempo em que tivemos para compartilhar a vida.

Aos meus familiares, tios(as), primos(as), sobrinho e sobrinhas por compreenderem meu isolamento em inúmeras tardes de domingos e feriados.

E especialmente ao meu amado esposo Edson Manoel por todo incentivo, carinho, ajuda e principalmente por acreditar em mim me ajudando a enfrentar medos e inabilidades, investindo tempo e amor ao compartilhar e viver meus sonhos. Por me acolher e me abraçar quando o desespero, o cansaço e diversas intempéries pelas quais passei ao longo de todos esses anos de estudo me levaram a pensar em desistir. Obrigada por lembrar quase que diariamente os motivos que me fizeram e que me fazem caminhar, por dizer e principalmente por me fazer sentir que estamos juntos em mais essa etapa. Agradeço-lhe pelas inúmeras demonstrações de companheirismo, pelos olhares afetuosos, por toda cumplicidade, pelas

observações e contribuições a cada leitura de todos os trabalhos acadêmicos que desenvolvi. Obrigada por ser uma de minhas grandes inspirações e por ser meu professor favorito. Eu tenho muito orgulho de você. És valoroso! Eu louvo e agradeço a Deus por sua vida.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

Os fatores que antecederam  
meu presente me trazem  
motivação para ir mais além.  
Sei de onde vim, sei onde estou  
e sei aonde quero e onde irei  
chegar!

*Sandra Bonifácio*

## RESUMO

Os aspectos motivacionais são fundamentais para compreender a maneira como os profissionais se sentem e interagem em seus ambientes de trabalho, podendo inclusive interferir nos resultados esperados. Aspectos como Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional, Satisfação no Trabalho, Clima de Trabalho em Equipe e Qualidade de Vida no Trabalho estão ligados à motivação dos profissionais em todos os ramos de atividade, inclusive nos serviços de saúde. Esta pesquisa teve por objetivo identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde. Participaram da pesquisa 88 profissionais de equipes NASF da CRS Norte. Para testar as variáveis do modelo concebido, foi utilizado um questionário com 50 afirmações mensuradas por meio de uma escala de 05 pontos do tipo *Likert*. Para a análise dos dados foi utilizada a regressão linear. O valor obtido pelo  $r^2$  ajustado demonstra que as cinco variáveis independentes conseguem explicar em média 58,4% da variação da variável dependente em prestar assistência. Conclui-se que as variáveis que mais afetam a motivação dos profissionais em prestar assistência aos usuários são Satisfação no Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho.

**Palavras chave:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Análises Multivariadas. Escalas de Medida. Motivação.

## **ABSTRACT**

*Motivational aspects are fundamental to understand how professionals feel and interact in their work environments, and may even interfere with the expected results. Aspects such as Personnel Management Policies, Organizational Climate, Job Satisfaction, Teamwork Climate and Quality of Work Life are linked to the motivation of professionals in all branches of activity, including health services. The objective of this research was to identify the antecedent aspects that affect the motivation of the professionals of the teams of the Support Groups for Family Health and that, consequently, could compromise their provision of care services to the users of health services. A total of 88 professionals from NASS teams from CRS Norte participated in the survey. To test the dependent and independent variables of motivation, a questionnaire was used with 50 affirmations with a scale of 05 points Likert type. Data were analyzed using collinearity, homoscedasticity, normality, bivariate correlation and linear regression. The value obtained by the adjusted  $r^2$  shows that the five independent variables can explain, on average, 58.4% of the variation of the dependent variable in providing assistance. It is concluded that the variables that affect the motivation of the professionals in providing assistance to the users are Satisfaction at Work and Quality of Life at Work.*

**Key words:** *Family Health Support Center. Multivariate Analysis. Measurement Scales. Motivation.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Modelo teórico.....	49
---------------------------------	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Escala da Motivação.....	51
--------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Fonte das principais variáveis antecedentes.....	48
Tabela 02 – Gênero dos respondentes.....	56
Tabela 03 – Estado civil dos respondentes.....	56
Tabela 04 – Escolaridade dos respondentes.....	57
Tabela 05 – Profissão dos respondentes.....	57
Tabela 06 – Políticas de Gestão de Pessoas.....	59
Tabela 07 – Clima Organizacional.....	60
Tabela 08 – Satisfação no Trabalho.....	61
Tabela 09 – Qualidade de Vida no Trabalho.....	62
Tabela 10 – Análise de Colinearidade.....	63
Tabela 11 – Análise de homocedasticidade.....	67
Tabela 12 – Verificação de normalidade.....	70
Tabela 13 – Correlação Bivariada entre as variáveis dependentes e independentes.....	74
Tabela 14 – Model Summary.....	75
Tabela 15 – ANOVAb.....	75
Tabela 16 – Coefficientsa.....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ASF – Associação Saúde da Família

ANOVA – Análise Univariada de Variância

CBO – Código Brasileiro de Ocupações

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

EPPGP – Escala de Percepção de Políticas de Gestão de Pessoas

ESF – Estratégia Saúde da Família

GP – Gestão de Pessoas

KS – Kolmogorov-Smirnov

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STS – Supervisão Técnica de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNINOVE – Universidade Nove de Julho

VIF – Variance Inflation Factor

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	23
1.2	OBJETIVOS.....	24
1.2.1	Geral.....	24
1.2.2	Específicos.....	24
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	25
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	26
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.1	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	27
2.2	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
2.3	QUALIDADE E AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	33
2.3.1	Políticas de Gestão de Pessoas.....	35
2.3.2	Clima Organizacional.....	37
2.3.3	Satisfação no Trabalho.....	39
2.3.4	Qualidade de Vida no Trabalho.....	43
2.3.5	Clima de Trabalho em Equipe.....	45
2.4	DESENVOLVIMENTO INICIAL DAS HIPÓTESES.....	47
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>50</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	50
3.2	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	50
3.3	ESCALAS DE MEDIDA.....	51
3.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	51
3.4.1	Análise de <i>outliers</i> .....	52
3.4.2	Análise de Colinearidade.....	52

3.4.3	Homocedasticidade.....	52
3.4.4	Verificação de Normalidade.....	53
3.4.5	Correlações.....	53
3.4.6	Regressão Linear.....	54
3.4.7	ANOVA.....	54
3.4.8	Coefficiente R <sup>2</sup> Ajustado.....	54
<b>4</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>55</b>
4.1	ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS.....	55
4.1.1	Preparação do banco de dados.....	55
4.1.2	Perfil demográfico da amostra.....	55
4.1.3	Análise descritiva das variáveis independentes.....	58
4.2	ANÁLISE DOS CONSTRUTOS.....	58
4.2.1	Construto Política de Gestão de Pessoas.....	58
4.2.2	Construto Clima Organizacional.....	59
4.2.3	Construto Clima de Trabalho em Equipe.....	60
4.2.4	Construto Satisfação no Trabalho.....	60
4.2.5	Construto Qualidade de Vida no Trabalho.....	61
4.3	ANÁLISES MULTIVARIADAS.....	62
4.3.1	Análise de Colinearidade.....	62
4.3.2	Homocedasticidade.....	67
4.3.3	Verificação de Normalidade.....	69
4.3.4	Correlação Bivariada.....	73
4.3.5	Regressão Linear.....	75
4.3.5.1	Model Summary.....	75
4.3.5.2	ANOVA.....	75

4.3.5.3	Coeficientes.....	75
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>77</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....</b>	<b>82</b>
6.1	CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	82
6.2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO/CIENTÍFICAS.....	85
6.3	CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO.....	86
6.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	87
6.5	SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS.....	88
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO.....</b>	<b>102</b>
	<b>ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO.....</b>	<b>106</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), apresenta a definição de Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que integram promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizadas por meio de ações baseadas no cuidado integrado e na gestão qualificada, conduzida por equipes multiprofissionais e direcionada à comunidade de um território delimitado, nos quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O parágrafo único do primeiro artigo da PNAB apresenta como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Nesta dissertação adotar-se-á o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

A PNAB determina ainda que a APS deverá ser a principal e mais importante porta de entrada dos pacientes aos serviços públicos de saúde e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), gerenciando o cuidado e direcionando as ações e serviços disponibilizados na rede. A PNAB terá na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (Brasil, 2017).

Para consolidar a APS como a principal estratégia de saúde do país a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o componente estruturante do sistema de saúde brasileiro e tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o principal propósito da ESF reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional (piramidal), levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (Brasil, 2010).

Diversos pesquisadores têm discutido a eficiência do modelo de atenção à saúde piramidal, fragmentado e compartimentalizado em atenção primária, secundária e terciária, ou atenção básica, média e de alta complexidade, propondo o modelo de redes poliárquicas, as RAS, em que a APS é o centro e a ordenadora de toda a organização de saúde de determinado território (Medeiros & Gerhardt, 2015; Á. Mendes, Louvison, Ianni, Leite, & Feuerweker, 2015; E. V. Mendes, 2010; Neto & Sampaio, 2007; S. F. da Silva, 2011).

O primeiro modelo de RAS nasceu na Grã-Bretanha, em 1920, coordenado por Lord Dawson, a fim de definir esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada, bem como a disposição geral dos serviços médicos que se possam assegurar mediante uma organização nova e

ampliada, distribuída de acordo com as necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo (Organizacion Panamericana de la Salud, 1964). Um século depois, o relatório Dawson ainda norteia as redes de serviço de saúde. As experiências da organização dos sistemas de saúde de diferentes países foram validando em certa medida esta proposição, na direção daquilo que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) denomina como “Redes Integradas de Serviços de Saúde equitativos e integrais. A proposta alinha-se no âmbito das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornece um marco conceitual para a organização de redes” (São Paulo, 2017) e no que a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza como saúde, uma vez que saúde não está intimamente ligada somente à ausência de doenças e sim como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (Organização Mundial da Saúde, 1946).

Os sistemas e serviços de saúde organizados em redes assistenciais têm sido muito discutidos, pois as RAS são entendidas como estruturas nas quais um conjunto de pontos de intercessão estão ligados por um conjunto de relacionamentos em processo dinâmico, ou seja, implicam pessoas e organizações com autonomia e governança singular, interligadas por tecnologias de informação e comunicação. A intenção de composição das RAS tem sido inserida na temática do “cuidado integrado”, definição que agrupa intervenções com ampla variedade em seus propósitos (Kuschnir & Chorny, 2010). Assim, essas redes devem ser ativas e fundamentadas em relacionamentos entre as unidades de prestação de serviços de saúde. A principal finalidade da logística de serviços em redes é dinamizar as instituições no enfrentamento da complexidade em ambientes organizacionais (E. V. Mendes, 2010, 2011). Outro ponto importante é compreender que a APS, quando organizada em rede, garante maior acesso e qualidade de assistência aos usuários do sistema.

Contudo, devem-se considerar as singularidades e peculiaridades de cada serviço de saúde, cuja produção entrelace profissionais e usuários com distintas percepções sobre o modelo de atenção e a logística em redes (Lavras, 2011). Cabe destacar que a saúde prioriza a vida e independente de como os sistemas são organizados de acordo com suas complexidades os usuários necessitam e esperam uma efetividade de resposta. Portanto, as RAS fomentam entre si o fortalecimento de todos os serviços de saúde e para estes serviços funcionarem de maneira efetiva o nível de satisfação dos profissionais em determinados momentos pode ser decisivo na qualidade do atendimento prestado ao paciente.

Outras contribuições podem ser consideradas. Dentre estas, a OMS que aponta a APS como o acesso inicial de todas as pessoas com o serviço de saúde, levando a assistência à

saúde o mais próximo do local de moradia e de trabalho, configurando-se como o primeiro contato com vistas à integralidade do cuidado (Organização Panamericana de Saúde, 2018). Essa proposta destaca a atuação profissional com vínculo, responsabilização pelo usuário e deve desenvolver esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços em rede (Fertonani, Pires, Biff, & Scherer, 2015).

Fortalecendo o cuidado e a própria RAS de determinado território, as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) inseridas na ESF têm papel fundamental no acompanhamento e atendimento aos pacientes, porém estes profissionais sentem as dificuldades existentes na RAS, principalmente quando é necessário encaminhar os pacientes para outros níveis de complexidade em outros serviços da rede e pela expectativa criada tanto pelo paciente como pelos profissionais das equipes de saúde da família, podendo afetar inclusive o nível de motivação e gerar insatisfação no profissional na realização do trabalho.

Uma equipe NASF é constituída por técnicos graduados em diferentes áreas das ciências da saúde, os quais trabalham como apoio às equipes de saúde da família compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidade das equipes de saúde da família. A atuação do NASF deve ser intersetorial e interdisciplinar proporcionando educação permanente para pacientes e demais profissionais terem noção do território, integralidade nas ações, controle popular, valorização do conhecimento tradicional, fomento ao cuidado à saúde e humanização (Brasil, 2010).

As dificuldades encontradas no dia a dia, a cobrança dos profissionais das equipes de saúde da família e pacientes podem comprometer o apoio oferecido pelo NASF ao passo que tais cobranças comecem a afetar a motivação e resultar em insatisfação nestes profissionais, inclusive comprometendo o nível de qualidade na intersecção com toda a RAS. Em um ambiente de trabalho, a falta de motivação pode resultar em perdas nos padrões de qualidade e de produtividade, ocasionando efeitos negativos relacionados à qualidade de vida no trabalho, à saúde física e mental, ao estresse, absenteísmo, baixa produtividade nas atividades realizadas e falta de comprometimento com a organização (T. L. Oliveira & Silva, 2012).

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Profissionais insatisfeitos e desmotivados em suas rotinas de trabalho comprometem a qualidade do atendimento oferecido a seus clientes. Diante desta breve introdução, elabora-se o problema de pesquisa norteador a dissertação a ser desenvolvida: quais são os fatores antecedentes que afetam a motivação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF) os quais podem comprometer a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes?

## 1.2 OBJETIVOS

Para melhor entendimento, os objetivos deste projeto de pesquisa foram separados em geral e específicos.

### 1.2.1 Geral

Dada a problemática estabelecida, entende-se que o objetivo principal do trabalho de pesquisa foi de identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde.

### 1.2.2 Específicos

Os objetivos específicos que orientaram este estudo foram:

Identificar como os profissionais do NASF avaliam as Políticas de Gestão de Pessoas em seus locais de trabalho, através de aspectos como envolvimento, treinamento, desenvolvimento e educação, condições de trabalho e recompensa;

Verificar como o clima organizacional interfere no ambiente de trabalho dos profissionais NASF, com base nas variáveis de apoio da chefia, recompensa, ambiente físico, controle pressão e coesão entre os colegas;

Avaliar como o clima de trabalho em equipe interfere nas relações de trabalho dos profissionais NASF considerando questões como a participação na equipe, apoio para novas ideias objetivos da equipe e orientação para tarefas;

Mensurar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais NASF considerando a chefia, colegas, remuneração, promoções e natureza do trabalho;

Identificar como o trabalho interfere na qualidade de vida dos profissionais NASF considerando variáveis como integração social, utilização da capacidade humana, segurança e saúde nas condições de trabalho, trabalho e espaço de vida, compensação justa e adequada.

### 1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Saber o que motiva um profissional é um grande desafio para as organizações, que dão pouca importância para este assunto. Mesmo com tantas teorias e pesquisas afirmando sua importância, ainda há muitos trabalhadores desinteressados e insatisfeitos em seu local de trabalho. A falta de ânimo com o trabalho, resultante de um contexto de medidas e práticas que geram incertezas e inseguranças, repercute em sérios problemas para as pessoas bem como para as organizações (T. L. Oliveira & Silva, 2012).

O cenário nacional do sistema de saúde brasileiro aponta para uma série de desafios, no tocante à gestão do trabalho em saúde. Alguns nós críticos já vêm sendo debatidos há anos, como a baixa remuneração, falta de motivação dos profissionais, precariedade/ flexibilidade dos vínculos empregatícios e as dificuldades na implementação de estratégias para a redução da rotatividade dos trabalhadores (Vieira, Pierantoni, Magnago, França, & Miranda, 2017).

No tangente aos profissionais das equipes NASF, fatores pessoais ou profissionais podem interferir na motivação apresentada para a realização do seu trabalho e assim comprometer sua qualidade, como por exemplo, a atenção dada durante uma reunião de equipe para a discussão de casos de pacientes, o próprio atendimento oferecido aos pacientes nos momentos de consultas compartilhadas ou atendimentos em grupos resultando em mais ou menos paciência e atenção no atendimento oferecido e o empenho na busca por soluções quando é necessário realizar um encaminhamento para outro serviço da rede ou mesmo a busca por parcerias para novas ações e atividades.

Dessa forma, torna-se fundamental evidenciar a importância da motivação para as pessoas em seus locais de trabalho, haja visto tal processo destacar-se como transformador de ambiente levando, conseqüentemente, a um maior envolvimento e comprometimento dos profissionais na realização de suas atividades (T. L. Oliveira & Silva, 2012), colaborando expressivamente na qualidade do atendimento e propiciando maior resolutividade aos pacientes atendidos.

Para compreender os índices de motivação com o trabalho que os profissionais do NASF apresentam, é importante também entender como questões de políticas de gestão de pessoas (Fiuza, 2008), clima organizacional (M. do C. F. Martins, Oliveira, Silva, Pereira, & Sousa, 2004), satisfação no trabalho (Coelho Junior & Faiad, 2012), qualidade de vida no trabalho (Freitas & de Souza, 2009) e clima de trabalho em equipe (Charantola Silva *et al.*, 2016) estão presentes em suas rotinas de trabalho e como as mesmas se expressam.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

No referencial teórico serão apresentadas as mudanças dos sistemas de saúde piramidal hierárquico para o modelo das Redes de Atenção à Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Qualidade e Avaliação nos Serviços de Saúde, o que inclui a apresentação dos construtos pesquisados, a saber: Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional, Satisfação no Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho e Clima de Trabalho e Equipe de modo a sustentarem os polos teóricos que fundamentam os objetivos desta pesquisa.

Em seguida, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados, os resultados da pesquisa acompanhados de uma ampla discussão dos achados, bem como as considerações finais e as implicações dos resultados para a prática.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão apresentados os principais pilares teóricos que nortearam esse estudo.

A revisão bibliográfica a qual fundamentou os marcos teóricos, a metodologia e a discussão dos resultados baseou-se em *Journals* internacionais e importantes periódicos acadêmicos nacionais, todos com estratos de classificação até B2 na avaliação QUALI-Capes, como: *Tourism & Management Studies*, *Leadership & Organization Development Journal*, *Sloan Management Review*; Psicologia: Teoria e Pesquisa, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Texto & Contexto – Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Ciência & Saúde Coletiva, Revista de Administração e Negócios da Amazônia, Avaliação Psicológica, Revista Eletrônica de Administração, Cadernos EBAPE.BR, Revista de Administração Pública, Comportamento Organizacional e Gestão, Revista de Administração Mackenzie, Sistemas & Gestão, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Saúde e Sociedade, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Psicologia: Organização e Trabalho, Psico-USF, Saúde Debate, Estudos de Psicologia, Revista Brasileira de Enfermagem, Cogitare Enfermagem, Revista Economia & Gestão, Revista de Administração de Roraima – RARR, Organizações & Sociedade, Revista Científica Hermes, Revista de Administração Contemporânea, Revista Pretexto e Revista Latino-Americana de Enfermagem. Todos estes periódicos foram pesquisados nas bases Google Scholar, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e com o uso do software Publish or Perish. O embasamento conceitual apoiou-se, ainda, na legislação brasileira sobre o SUS, NASF e PNAB, em Cadernos da Atenção Básica publicados pelo Ministério da Saúde e documentos publicados pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, OPAS e OMS.

Durante as buscas de artigos foram utilizados como palavras-chave os termos motivação, antecedentes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, satisfação no trabalho, clima de trabalho em equipe, clima organizacional, políticas de gestão de pessoas e qualidade de vida no trabalho.

### 2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A ideia de rede como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico de fenômenos está presente em diferentes campos da ciência moderna, como as ciências sociais,

ciências da informação, filosofia, administração e, mais recentemente, nas ciências da saúde (Amaral & Bosi, 2016).

Para garantir o direito à equidade e a universalidade, bem como ampliar o acesso aos serviços de saúde, no início do século XXI, ganha importância no Brasil a ideia de constituição de regiões e redes para combater a fragmentação da APS. Entretanto, ao considerar as diversidades e desigualdades regionais, o arranjo e as atribuições de cada ente federativo, regionalizar a saúde no país é uma tarefa de enorme complexidade, principalmente ao considerar os múltiplos atores envolvidos na condução e prestação dos serviços de atenção à saúde (Bousquat et al., 2017). A noção de rede como princípio norteador da organização das ações e serviços do setor saúde tem estado presente no Brasil desde o ideário de criação do SUS (Amaral & Bosi, 2016).

Entende-se por RAS, as mudanças dos modelos piramidais para estratégias de organização poliárquica, quando diversos equipamentos de saúde estão vinculados com um único propósito, com metas semelhantes e atuação cooperativa e interdependente, que ofereça a integralidade do cuidado para uma população previamente adstrita (Mendes, 2011).

A constituição das redes regionalizadas e a definição das regiões de saúde como territórios favorecedores da integração dos equipamentos de saúde, esta respaldada no Decreto Federal 7.508 de 2011, que orienta levar em consideração o Plano Diretor Regional, para que sejam feitas as devidas adequações as características de cada território, fomentando a articulação cooperativa e intergestora (Brasil, 2011).

A coordenação das RAS deve ser feita pela APS o que implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo dos pontos de atenção e de toda a vida da comunidade ali inserida. Importante destacar que o termo APS foi apresentado em 1920 no Informe Dawson, ao tratar do processo de regionalização do Reino Unido. Entretanto, foi na Conferência Internacional de Alma-Ata, na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978 que o termo APS ficou caracterizado como o primeiro acesso e porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (Rodrigues et al., 2014). No entanto, são grandes os desafios para que a APS assuma o papel de ordenadora da RAS.

Para efetivar a garantia do cuidado em saúde, através da constituição de redes integradas, é importante reconhecer a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre os atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, uma vez que, nenhum dos serviços possui todos os dispositivos necessários para garantir o pleno

atendimento e cuidado integral ao paciente (Almeida, Giovanella, Mendonça, & Escorel, 2010).

Contudo, a APS como eixo coordenador ainda encontra vários desafios, sobretudo pela fragilidade de estabelecer uma rede que facilite a articulação entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde (Rodrigues et al., 2014). Dificuldades e desafios ligados à organização dos cuidados em saúde, desintegração dos serviços assistenciais, falta de diálogo entre os equipamentos de saúde, são problemas já conhecidos das organizações sobre os serviços de saúde (Almeida et al., 2010).

A APS, quando ordenadora da RAS tem a capacidade de resolver mais de 80% dos problemas de saúde tornando os sistemas mais custo-efetivos, tanto em termos de organização interna, na alocação de seus recursos e na gestão clínica, como também pela sensibilidade de se ajustar de acordo com a conjuntura socioeconômica, demográfica e epidemiológica (Brasil, 2010). E vale destacar que quando a equipe NASF, compõe a APS de determinado território, a resolutividade das demandas de saúde da população, são ainda maiores.

Para a organização da RAS, a regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade (Kuschnir & Chorny, 2010). Sendo assim, a regionalização irá propiciar o uso da ferramenta mais pertinente ao tratamento em momento e local oportunos, em qualquer parte de sua área de abrangência, orientado pela racionalidade sistêmica, que considere cooperativamente as diferenças na distribuição de diversos serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial.

## 2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A PNAB (Brasil, 2017) atualizou a abrangência de atuação das equipes NASF das ESF incluindo também as UBS com equipes de Atenção Básica, mudando sua denominação para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de saúde da família e equipes de Atenção Básica. Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da APS, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e

interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na APS em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

A PNAB também ressalta que os NASF-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na APS). Devem a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes atuarem de forma integrada à RAS e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. Compete especificamente ao NASF-AB a) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na APS à que estão vinculadas; b) contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e c) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO - na área de saúde: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra; terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais que irão compor as equipes NASF-AB é de

autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios (Brasil, 2010, 2017).

Inicialmente, o NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (Brasil, 2010, 2014).

O NASF então surge como uma estratégia inovadora com o objetivo de apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de saúde da família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2010).

O NASF atua na lógica do apoio matricial (Brasil, 2010). O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência. Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência. O apoio matricial ofertado pelo NASF apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico (Brasil, 2014). A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (Brasil, 2010, 2014).

Um aspecto importante no processo de trabalho do NASF é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe NASF e equipe de saúde da família e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nessa relação entre gestor, equipe de saúde da família e equipe NASF deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve

ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita à reavaliação e reprogramação. Devem estar atentos também a explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de saúde da família e o trabalho em conjunto com elas; identificar as possíveis corresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto (Brasil, 2010).

O processo de trabalho do NASF será organizado com foco nos territórios de sua responsabilidade conjuntamente com as equipes de saúde da família que a ele se vinculam de forma a priorizar a) Ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas/atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail etc; b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de saúde da família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de saúde da família, que não deve se descomprometer com o caso e sim procurar redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário ou à família ou à comunidade; c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família. E outros setores como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (Brasil, 2010).

Desta forma, pode-se dizer que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de saúde da família, atuando no lócus da própria APS (Brasil, 2014). Sendo assim, espera-se que o NASF possa contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes vinculadas, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. Compartilhando ações inclusive por meio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico o qual progressivamente produz mais autonomia para as equipes (Brasil, 2014).

A proposta do NASF ainda é bastante recente e pioneira no Brasil. Conta com documentos norteadores que apresentam orientações gerais sobre as atribuições tanto da equipe do NASF quanto da forma como está vai se inserir na APS. Diante dessa situação, o

trabalho ainda está em processo de consolidação. As estratégias e as formas de organização do trabalho também são inovadoras e não contam ainda com processos plenamente sistematizados. Nesse sentido, é a partir do funcionamento cotidiano dos NASF já operantes no país que essa experiência poderá ser mais bem avaliada e aprimorada (Gonçalves, Lancman, Sznelwar, Cordone, & Barros, 2015).

### 2.3 QUALIDADE E AVALIAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, o campo da avaliação em saúde teve maior visibilidade a partir de 1980 junto às experiências do Movimento da Reforma Sanitária, no cenário de um país em processo de redemocratização e reformulação do sistema de saúde. Esse movimento ao mesmo tempo que ampliou a importância econômica e política dos serviços e programas, trouxe também questionamentos sobre a eficiência, eficácia e efetividade das ações, incitando a necessidade de avaliações sistemáticas na área da saúde (E. O. dos Santos, Pinho, Eslabão, Medeiros, & Cassola, 2018).

A qualidade dos serviços de saúde é objeto de atenção e preocupação por parte da sociedade brasileira (L. G. T. Martins, Lacerda, Nickel, & Traebert, 2016). Os serviços de saúde, como uma organização que trabalha na prestação de serviços aos seus clientes, devem apropriar-se de todos os recursos disponíveis para melhorarem seu desempenho, buscando aumentar a satisfação de seus clientes internos e externos. É um desafio lidar com o gerenciamento de serviços de saúde, pois estes são estruturas demasiadamente complexas e diversificadas, formadas por profissionais e tecnologias direcionadas para a atenção à saúde de uma dada comunidade (Bordin, Fadel, Moimaz, Garbin, & Saliba, 2017; Tanaka & Tamaki, 2012). Desempenho, avaliação e qualidade em saúde têm sido temáticas discutidas sob o foco da produtividade, do custo-benefício e dos resultados. No mundo globalizado, nas últimas três décadas, o debate centrou-se sobre a questão de se restringir o desempenho dos sistemas de saúde a análises de custo/efetividade baseadas em resultados ou considerá-lo em maior âmbito, uma vez que é afetado por fatores econômicos, educacionais e pelas desigualdades sociais (Kurcgant *et al.*, 2009).

Para gerenciar com qualidade é necessário avaliar o serviço prestado aos clientes. A avaliação de programas e serviços se faz presente em várias áreas: Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública. Em cada campo temático em que se insere, o escopo da avaliação ganha contornos próprios materializados sob a forma de conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação (Deslandes, 1997).

A avaliação é um importante instrumento de gestão em saúde, pois possibilita a identificação de aspectos débeis e a indicação de medidas para correção de rumos e alcance de metas. No Brasil, as atividades avaliativas no âmbito da atenção básica em saúde geralmente são pontuais (L. G. T. Martins *et al.*, 2016). Avaliar os serviços de saúde deve ter como foco a melhora dos serviços oferecidos para a população com base em propostas avaliativas que considerem os objetivos do serviço com as demandas da população. A avaliação é uma forma de auxiliar na busca de resultados precisos na saúde dos usuários de cada equipamento de saúde (Tanaka & Tamaki, 2012) e deve ser feita de forma contínua, o que Santos *et al.* (2018) chama de avaliação de empoderamento com ciclos interativos de reflexão e ação e de ajustes sempre que necessário.

O modo de gestão adotado está intimamente ligado à qualidade que o serviço irá oferecer, criando meios para minimizar desperdícios humanos e materiais, fazendo-se valer de novas técnicas de produção que envolvam princípios, estratégias e meios de qualidade, fundamentais às organizações (Fadel & Regis Filho, 2009).

O gerenciamento dos equipamentos de saúde é uma atividade administrativa a qual visa potencializar o funcionamento do serviço de modo a extrair o máximo de resultados em relação aos recursos empregados, atingindo os objetivos previamente estabelecidos e resolvendo problemas e dificuldades que surgem no decorrer do processo. Para isso, o gestor precisa se utilizar de diversos conhecimentos e práticas que lhe auxiliem alcançar os objetivos do serviço de saúde que gerencia (Tanaka & Tamaki, 2012). Entre os vários escopos desta gestão, está também a avaliação do nível de motivação dos seus colaboradores, o que irá resultar de forma negativa ou positiva nos resultados, a depender do nível de motivação identificado.

No campo da saúde pública, a avaliação dos serviços é de muita importância, pois cria oportunidades de escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (Deslandes, 1997; Nickel, Natal, Hartz, & Calvo, 2014). Portanto, um administrador de serviços de saúde atento encontrará na avaliação dados preciosos para o gerenciamento do serviço (Kotaka, Pacheco, & Higaki, 1997) e para verificar o quão motivada está sua equipe.

Segundo Las Casas (1999, apud Fadel & Regis Filho, 2009) a qualidade em serviços pode ser expressa a partir da confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis e empatia. A confiabilidade é expressa pela habilidade de se prestar serviços com qualidade, fornecendo ao cliente o serviço prometido de maneira segura e eficaz. No tocante à segurança, o cliente precisa sentir-se seguro com as informações e o atendimento recebido pelos funcionários. Os

aspectos tangíveis se referem aos aspectos físicos ligados à infraestrutura, instalações, equipamentos do local onde o serviço é ofertado. Empatia está associada ao cuidado pessoal que será ofertado a cada cliente, a receptividade, a capacidade de se colocar no lugar do outro e a disposição para oferecer os serviços com atenção.

Nos últimos anos, a avaliação dos serviços de saúde deixou de ser uma atividade de caráter exclusivamente técnico, pois, dispondo de um conjunto de indicadores e procedimento, pode medir com precisão a efetividade de determinados serviços ou programas (Deslandes, 1997).

A avaliação nos serviços de saúde deve sempre ter como foco a melhoria da qualidade do serviço e do atendimento oferecido aos seus pacientes. Para isso diversos aspectos devem ser mensurados como questões de infraestrutura, tempo de demora para a marcação de consultas e procedimentos, a distância da moradia ao local de atendimento e também a motivação dos profissionais em relação a atividade que desempenham.

### 2.3.1 Políticas de Gestão de Pessoas

No tocante à evolução dos estudos sobre Gestão de Pessoas no Brasil, o trabalho de Wood Júnior, Tonelli e Cooke (2011) apud Demo, Fogaça, & Costa, (2018) desvelou que a área estava mais focada em alinhar suas políticas com o novo cenário emergente marcado pela abertura de mercado, o surgimento do empreendedorismo, o aumento da concorrência e a busca pela inovação, qualidade e eficiência, visando principalmente a incluir o Brasil nesse ambiente. Nesse contexto, a atração, capacitação, valorização e retenção de talentos assume conotação especial, constituindo o principal desafio estratégico da Gestão de Pessoas no novo milênio, delineando os pressupostos, fundamentos e conceitos da moderna Gestão de Pessoas.

A Gestão de Pessoas é a forma como a organização se organiza frente ao gerenciamento do comportamento humano. Os modelos sofrem modificações constantes para se adequar a realidade das instituições. Um dos atuais objetivos da gestão de pessoas é diferenciar a organização frente ao seu mercado, gerando uma contribuição positiva na imagem e na competitividade (Demo, Fernandes, & Fogaça, 2017).

As capacidades organizacionais derivam da redefinição e redistribuição das políticas, funções e profissionais de recursos humanos ou, modernamente, da gestão de pessoas. Os autores ainda enfatizam que as organizações que se destacam são aquelas que adicionam valor a investidores, clientes e funcionários, entendidos como as três principais fontes de valor das organizações (Fiuza, 2008).

Como decorrência, a política Gestão de Pessoas pode ser definida como a utilização organizacional dos colaboradores para conquistar e manter vantagem competitiva. Assim, as pessoas constituem poderosa core competency ou competência central, definida como a capacidade organizacional que cria alto valor e que diferencia a organização de seus concorrentes (Fiuza, 2008). Nesse sentido, a gestão de pessoas Gestão de Pessoas nas organizações assume papel especialmente estratégico, uma vez que suas políticas e práticas devem criar capacidades organizacionais que levem à obtenção de melhores resultados (Demo *et al.*, 2018).

O desenvolvimento do comprometimento organizacional dos trabalhadores de uma organização não dependem somente de como são projetadas as políticas de gestão de pessoas, mas de como os empregados percebem e experimentam essas políticas e práticas, o que pode levar a um sentimento de inequidade, o qual aparece quando o indivíduo percebe que as recompensas não foram proporcionais aos investimentos feitos (Jesus & Rowe, 2015).

Em tese, a gestão de pessoas nas organizações assume papel especialmente relevante e estratégico na realidade competitiva, já que suas políticas devem criar capacidades organizacionais as quais levam à competitividade. Portanto, as políticas de gestão de pessoas precisam ser modificadas para ajustar-se à estratégia da organização. Por conseguinte, desenharam-se, em nível de estimativa, quatro fatores assim denominados: envolvimento, treinamento, desenvolvimento e educação, condições de trabalho e recompensas (Fiuza, 2008).

Para Demo *et al.* (2017), as políticas de Gestão de Pessoas definem o posicionamento, as expectativas e os valores da organização quando se trata da forma de tratamento dos indivíduos e delas derivam as principais ações dos gestores ao se depararem com problemas na área de Gestão de Pessoas. Servem ainda como ponto de referência para o desenvolvimento de práticas organizacionais e para decisões tomadas pelas pessoas, além de promover um tratamento equitativo entre os indivíduos.

O envolvimento é apresentado como programas que devem envolver reconhecimento, comunicação livre e eficaz entre os colaboradores, uma troca franca, cordial e constante das informações em todas as direções, resultante da criação de um bom ambiente de trabalho. O fator treinamento deve surgir como prioridade, quando for resultante de avaliações que meçam as necessidades dos trabalhadores em temas de capacitação, tanto dos indivíduos, quanto das organizações. As condições de trabalho vão se referir às questões físicas das instalações, ao bem-estar e saúde e a segurança dos colaboradores. Já as recompensas, podem ser financeiras ou não. As financeiras se referem a salários competitivos e diferenciados por

níveis de escolaridade, desempenho, habilidades e plano de carreira conhecido por todos, enquanto que as recompensas não financeiras são a existência do plano de carreiras, prêmios, presentes, viagens entre outros (Fiuza, 2008).

As capacidades organizacionais derivam da redefinição e redistribuição das práticas, funções e profissionais de gestão de pessoas. Por conseguinte, a gestão de pessoas não deve mais ter papel tradicional de suporte, mas sim constituir competência essencial no alcance dos objetivos e resultados organizacionais e individuais (Demo *et al.*, 2017).

As políticas e práticas de Gestão de Pessoas afetam favoravelmente a performance das organizações e confirmaram a associação entre a adoção de mais práticas de Gestão de Pessoas, maior efetividade organizacional e melhorias em uma série de indicadores de desempenho. Também encontraram correlação entre práticas de Gestão de Pessoas e efetividade organizacional. As percepções dos funcionários quanto às políticas e práticas de Gestão de Pessoas também influenciam tanto o esforço de trabalho discricionário quanto a assistência ao colega de trabalho. Por outro lado, a efetividade e a aceitação das políticas de Gestão de Pessoas estão relacionadas aos valores e à cultura organizacional (Demo *et al.*, 2017).

### 2.3.2 Clima Organizacional

Em linhas gerais, o clima organizacional de uma instituição pode ser entendido como as impressões ou as percepções dos profissionais sobre a organização e seu ambiente de trabalho.

Conhecer a percepção dos trabalhadores com relação ao clima organizacional tem sido uma preocupação das organizações modernas dos mais diversos ramos de atividade, sejam elas públicas ou privadas, com objetivo de obter-se subsídios para adoção de medidas de intervenção para melhorá-lo. Compreender o clima organizacional de uma instituição é uma forma de evolução nas relações de trabalho, pois os trabalhadores são chamados a auxiliar na missão de melhorar os mais diferentes aspectos que podem alavancar o sucesso organizacional. Estudos sobre clima organizacional permitem identificar possíveis causas e consequências de problemas nas organizações e auxiliam na aplicação de medidas corretivas, principalmente na melhoria da qualidade dos serviços e na formulação de estratégias de mudança (Rodrigues, Nunes, Silva, & Santos, 2016).

O estudo das percepções que os trabalhadores constroem acerca de diferentes aspectos do seu trabalho e que são responsáveis por guiá-los em linhas consistentes de ação tem sido

uma das temáticas de maior interesse no campo do comportamento organizacional. Diferentes são os construtos investigados pelo campo, sendo o clima organizacional um dos atributos mais relevantes à detecção dos elementos reguladores e orientadores do comportamento humano dentro de organizações (Menezes, Sampaio, Gomes, Teixeira, & Santos, 2009).

Pensando nos serviços de saúde, o clima organizacional deve permear a qualidade na prestação da assistência voltada para um assistir balizado nos pressupostos da satisfação de seus usuários e dos profissionais que nela atuam (M. J. B. Pereira *et al.*, 2011). As organizações representam um dos cenários em que as relações interpessoais acontecem. Estas relações, sejam no nível pessoal ou profissional, constituem mecanismos de construção e sustentação do clima da organização que, por sua vez, orienta tanto o comportamento como o desempenho dos atores os quais nela participam. Assim, pode se afirmar que o clima é um elemento de fundamental importância na compreensão do comportamento e efetividade da organização (Puentes-Palacios & Freitas, 2006).

Assim como ocorre com boa parte dos construtos no campo do comportamento organizacional, não existe um consenso entre os pesquisadores da área que permita encontrar uma definição integrada e única para clima organizacional. O conjunto de definições geralmente empregadas para caracterizar tal construto tem originado, assim, vários quadros de referência, distintas definições operacionais e técnicas de investigação, além de resultados de pesquisas muitas vezes diversificados e contraditórios (Menezes *et al.*, 2009).

O conceito de clima organizacional sempre foi utilizado para referir as influências do ambiente interno no trabalho sobre o comportamento humano. O clima organizacional está relacionado às percepções e interpretações comuns das dimensões das atividades, do ambiente e das políticas que caracterizam a organização (M. do C. F. Martins *et al.*, 2004; L. J. dos Santos & Paranhos, 2017). Envolve alguns elementos da cultura, mas é superficial e opera somente no nível de atitudes e valores. O clima organizacional é capaz de inspirar as filosofias gerenciais e administrativas (M. do C. F. Martins *et al.*, 2004).

Para J. L. K. Rodrigues *et al.* (2016), clima organizacional é um aspecto psicológico do ambiente organizacional constituído fundamentalmente por percepções acerca de propriedades deste ambiente, como por exemplo, estrutura e processos, as quais produzem efeitos no desempenho e na satisfação do trabalho dos membros da organização. Souza (1978, p. 38) (*apud* J. L. K. Rodrigues *et al.*, 2016) diz que o clima organizacional é mais perceptível do que suas fontes causais comparando-o a um perfume, pois “percebe-se o efeito, sem conhecer os ingredientes, embora, às vezes, seja possível identificar alguns deles”.

O clima organizacional afeta de maneira muito significativa a motivação e a satisfação dos trabalhadores para com o trabalho e os efeitos dessa relação funcionam como importantes reguladores da produtividade dos funcionários da organização como um todo (M. do C. F. Martins *et al.*, 2004). Quando identificados de forma negativa pelos funcionários, o clima organizacional pode ser fator de doença e sofrimento, afetando a produtividade e a qualidade do serviço realizado (Maissiat, Lautert, Dal Pai, & Tavares, 2015).

O clima organizacional também deve ser avaliado por meio de um processo amplo em que os funcionários tenham a oportunidade de manifestar seus sentimentos de satisfação ou insatisfação em relação às variáveis de interesse da alta administração as quais contribuem para a formação do clima, sendo que as respostas individuais devem ser combinadas e analisadas, extraindo subsídios seguros e precisos sobre os aspectos avaliados (Rodrigues *et al.*, 2016).

Os estudos sobre o clima organizacional de uma instituição têm se tornado úteis, pois são capazes de fornecer diagnósticos gerais e também identificam quais áreas estão carentes de atenção, uma vez que “não basta sentir que o clima está mau, é preciso identificar onde, porque e como agir para melhorá-lo”. Estudar as condições do ambiente de trabalho é importante para minimizar conflitos entre as necessidades dos indivíduos e as da organização, pois conhecendo as aspirações, desejos e necessidades dos profissionais podem ser tomadas medidas para que a organização alcance seus objetivos institucionais, como também para que as expectativas do trabalhador sejam atendidas resultando em mais satisfação para com o trabalho (Rodrigues *et al.*, 2016).

Pesquisas de clima organizacionais são ferramentas de gestão estratégica, pois além de permitir a análise interna e externa também acompanham o estado de satisfação e comprometimento dos colaboradores com a organização, proporcionando através de estratégias e ações o crescimento e o desenvolvimento das pessoas e a máxima produtividade e qualidade, visando à consecução e à superação dos resultados pré-estabelecidos pela gestão central (L. J. dos Santos & Paranhos, 2017).

### 2.3.3 Satisfação no Trabalho

Em qualquer organização, seja ela pública ou privada, é presente a preocupação com o grau de satisfação dos funcionários, com a taxa de rotatividade e evasão de profissionais. Nem toda rotatividade é ruim, mas passa a ser problemática se boa parte dela for voluntária, disfuncional ou evitável. Quando os funcionários mais talentosos, experientes e detentores de

conhecimentos importantes saem voluntariamente, a organização incorre em uma série de custos (tangíveis e intangíveis) que afetam sua produtividade (Demo *et al.*, 2018). Conhecer o nível de satisfação dos trabalhadores pode ser aplicado a todos os ramos da atividade humana. É importante conhecer e ter clareza do que satisfaz ou não um indivíduo a desempenhar determinada função, quais fatores irão interferir fazendo o trabalhador produzir mais ou menos, dedicando-se com mais ou menos afinco a determinada tarefa em qualquer tipo de organização, inclusive nas organizações de saúde.

Nos serviços de saúde, a motivação profissional vem sendo associada a fatores preponderantes na qualidade da atuação dos trabalhadores pelo fato de serem apontadas relações entre a motivação e insatisfação no ambiente de trabalho com a segurança do paciente e qualidade do cuidado e outras consequências para o trabalhador, sua saúde, família e qualidade de vida (Bordignon, Monteiro, *et al.*, 2015; Tambasco, Silva, Pinheiro, & Gutierrez, 2017). Muitos autores têm pesquisado como a motivação e a insatisfação têm influenciado a produtividade em diversos ramos de atividade, inclusive na prática de serviços voluntários (L. B. de Oliveira & Costa, 2016).

Para Coelho Junior e Faiad (2012), o estado emocional das pessoas são determinados por agentes (características tais como relacionamento com as chefias e colegas, políticas e procedimentos organizacionais, dentre outros) e eventos (tais como condições físicas do setor e reconhecimento pelos outros, por exemplo) relacionados ao trabalho capazes de promover tal satisfação. Em qualquer organização, o reconhecimento, em seus vários aspectos de abordagem, representa um elemento de grande importância para o desempenho profissional (Batista, Vieira, Cardoso, & Carvalho, 2005). Desempenho que pode ser transformado em remuneração, dependendo dos critérios adotados pela organização (Vieira *et al.*, 2017). A remuneração ainda pode ser um fator determinante para fazer com que um profissional permaneça no cargo, mesmo que insatisfeito com ele, caso julgue receber uma alta remuneração. Da mesma forma, uma baixa remuneração é também sinônimo de insatisfação e não irá reter os profissionais por muito tempo (F. A. Klein & Mascarenhas, 2016).

Albuquerque e Tróccoli (2004) dizem que motivação no trabalho é um grau em que o indivíduo avalia a extensão de sua satisfação com seus colegas de trabalho, salário, chefia, natureza do trabalho e políticas de promoção. Esses cinco fatores fornecem um escore geral da satisfação do indivíduo no trabalho. Avaliam-se, facetas específicas de satisfação e obtêm-se um escore geral a partir das médias das dimensões analisadas. A satisfação é determinante das características referentes ao próprio indivíduo (como traços de personalidade), bem como características do seu trabalho, do ambiente físico, social e organizacional mais amplo.

A motivação no trabalho também pode ser identificada como um estado de bem-estar e prazer ocasionado pela percepção de uma atividade laborativa ou aos aspectos relacionados com a mesma. Outros autores vão definir a motivação no ambiente de trabalho com o quanto um profissional realmente gosta da atividade que realiza. Considera, portanto, a resposta do profissional em relação aos diversos ganhos e não necessariamente ou somente os ganhos financeiros (Scot & Ladd, Travaglione, & Marshall, 2006). O profissional se sentiria satisfeito, com base nas relações interpessoais com seus parceiros, a segurança que seu setor transmite, as parcerias entre seus colegas, entre outros fatores intangíveis os quais promoveriam tal satisfação (Coelho Junior & Faiad, 2012; M. do C. F. Martins & Santos, 2006).

Há também a definição de satisfação no trabalho elaborada por Siqueira (2003), na qual motivação no trabalho se refere ao grau de contentamento do indivíduo com relação a algumas dimensões específicas de seu trabalho como: chefia, colegas, salário, promoções e trabalho realizado. Tal definição contempla as principais dimensões de satisfação e possibilita uma análise mais pormenorizada acerca do impacto de cada uma delas na promoção da satisfação dos indivíduos em seu trabalho.

Independentemente da concepção adotada de satisfação no trabalho, é importante frisar que esse aspecto interfere no processo saúde-doença dos profissionais e, conseqüentemente, no ambiente de trabalho e na vida pessoal, por isso a importância de se refletir sobre a qualidade de vida no trabalho (Tambasco *et al.*, 2017).

Oliveira e Silva (2012), quando se referem a administração pública ressaltam que a mesma deve desenvolver suas atividades buscando a satisfação do cidadão/usuário dos serviços públicos guiada para resultados e eficácia organizacional, sendo indispensável a existência de servidores os quais deem sustentação à administração, comprometidos e motivados. O norte é a premissa de que o Estado tem como razão de ser o cidadão. O servidor público, além de ser um cidadão, é a ligação existente entre o governo e a sociedade e com esse servidor satisfeito e motivado, as metas e diretrizes de gestão tendem a ser atingidas com uma maior eficácia, aprimorando rotinas e aperfeiçoando a prestação de serviços à população.

Nos serviços de saúde, fatores de motivação ou de insatisfação dos profissionais podem estar relacionados diretamente à qualidade da assistência e do atendimento prestado ao paciente. Fatores como a melhora do paciente e o reconhecimento do paciente e de sua família tendem a motivar os profissionais, enquanto fatores como condições de trabalho e salário tendem a gerar insatisfação na assistência prestada. No caso do reconhecimento, a sua falta também é determinante para a instalação do sofrimento, uma vez que o profissional sofre ao

sentir que seu esforço não é valorizado, gerando sentimento de indignação, inutilidade e injustiça (M. do C. F. Martins & Santos, 2006; Maissiat *et al.*, 2015).

Bordignon *et al.*, (2015), em pesquisa realizada com os trabalhadores de enfermagem dos serviços de oncologia no Brasil e em Portugal, identificaram que os fatores de motivação dos profissionais brasileiros são: melhora e recuperação do paciente, reconhecimento do profissional pelo paciente, possibilidade de ajudar o outro, promover o bem-estar humano; afinidade com a profissão; afeto pela área da oncologia, trabalho em equipe. Quanto aos profissionais portugueses, os mesmos afirmaram estar motivados quanto à relação com a equipe de trabalho, ao horário de trabalho (matutino), ao relacionamento com os doentes, a ajudar doente e família, a proporcionar um fim de vida digno, à cura do paciente e à afinidade com os pacientes oncológicos.

No mesmo estudo, foram levantados os fatores de insatisfação, tanto no Brasil quanto em Portugal. No Brasil, os profissionais de enfermagem dos serviços de oncologia manifestaram insatisfação quanto ao óbito do paciente, à sobrecarga de trabalho, à piora clínica e psíquica do quadro do paciente, às dificuldades no trabalho em equipe, ao sofrimento do acompanhante durante permanência intra-hospitalar, insatisfação com a instituição, à falta de materiais, à desistência do paciente pelo tratamento, à desvalorização profissional e à baixa remuneração. Ao passo que profissionais portugueses estão insatisfeitos com a sobrecarga de trabalho, a dificuldade na operacionalização do programa informatizado, com o não preparo da quimioterapia intra-hospitalar, a falta de tempo para prestar assistência ao doente e à família, as dificuldades no trabalho em equipe, a desorganização médica e do serviço e circuito (fluxo) do doente, com o déficit na formação profissional, a ausência de unidade de cuidados paliativos, o prolongamento do sofrimento do utente e o contato com o sofrimento do doente e família.

Resultados semelhantes de motivação e insatisfação são apresentados em Bordignon, Ferraz, Calomé Beck, Coelho Amestoy, & Lima Trindade (2015), mas somente com profissionais brasileiros. Porém, as autoras acrescentam a insatisfação dos profissionais em relação a RAS local, quando se referem à pouca disponibilidade e agilidade na realização de exames e fornecimento de medicamentos aos pacientes, relatando também que as ações para prevenção e diagnóstico precoce de câncer ainda são limitadas e a demora de encaminhamento para a alta complexidade pela APS.

Bordin *et al.* (2017), ao entrevistar usuários e profissionais de saúde de uma cidade de porte médio do interior do Paraná, mostrou que a satisfação dos mesmos quanto aos serviços de odontologia está associada à estrutura física do local, à organização dos serviços, às

informações e apoio oferecidos/recebidos e aos cuidados médicos prestados. Assim, o grau de motivação e insatisfação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho (Batista *et al.*, 2005), seja esta atividade remunerada ou voluntária (L. B. de Oliveira & Costa, 2016).

No atual cenário de globalização, caracterizado por mercados extremamente competitivos, cada vez mais as empresas voltam-se para a visão de que seu bem mais precioso são seus profissionais e que estes podem ser a solução de muitos dos problemas identificados. O clima organizacional faz parte do somatório de diversos aspectos os quais deixarão um funcionário mais ou menos motivado em seu ambiente de trabalho e conhecer estas variáveis é de fundamental importância para ajudar na busca da motivação a potencializar seu rendimento pessoal e profissional (T. L. Oliveira & Silva, 2012).

#### 2.3.4 Qualidade de Vida no Trabalho

No contexto atual, caracterizado pelas constantes mudanças em um ambiente altamente competitivo, as pessoas são o diferencial estratégico de uma organização que pretende se sustentar na modernização para oferecer produtos e serviços os quais atendam às expectativas dos clientes, além de manter a sobrevivência da empresa em que trabalham. As grandes mudanças ocorridas nos últimos anos afetaram profundamente as relações do homem com o trabalho. Cada vez mais a população busca através de sua profissão melhorar sua qualidade de vida (Wegner, Godoy, Godoy, Bueno, & Pereira, 2018).

A cobrança da sociedade pela valorização do ser humano levou muitas organizações a desenvolverem um novo modelo de gestão apostando no equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, intelectual, ocupacional e espiritual de seus colaboradores. Elas buscam com isso implementar condições que agreguem capacidade criativa, potencial e motivacional do colaborador, visando a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos mesmos (L. L. Klein, Lemos, Pereira, & Beltrame, 2017). QVT que também pode ser expressa pelo estresse ocupacional gerado no ambiente de trabalho, que afeta de forma negativa o profissional e a assistência dada ao cliente, que nos casos dos serviços de saúde, se referem ao atendimento oferecidos aos pacientes (Marques *et al.*, 2015; Azevedo, Nery, & Cardoso, 2017).

O termo QVT abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade. A respeito do termo, verifica-se uma evolução e aprimoramento de sua definição com a inserção de novas variáveis ao longo do tempo. Muitos

autores se dedicaram ao estudo do tema e possibilitaram o melhor entendimento e completude sobre os elementos e variáveis envolvidos na QVT (L. L. Klein *et al.*, 2017).

É notória a importância creditada às questões relacionadas à QVT. Em um cenário cada vez mais competitivo, caracterizado pela busca contínua por ganhos de produtividade, associado à qualidade de produtos e de serviços originados em processos cada vez mais flexíveis, é frequente o impacto negativo destes fatores na qualidade de vida do trabalhador (Freitas & de Souza, 2009). No contexto atual das organizações, para elas se manterem estáveis e bem vistas no mercado, não basta à instituição garantir a qualidade dos aspectos técnicos do processo produtivo: é preciso investir nas pessoas envolvidas (L. L. Klein *et al.*, 2017)

O termo QVT é abrangente em diversos aspectos. Em 1973 Walton já apresentava o termo afirmando que o mesmo era muito mais abrangente do que os objetivos de uma série de atos legislativos elaborados no início do século XX, tais como as oito horas de trabalho diário, as quarenta horas de trabalho semanal e a compensação por lesões decorrentes do trabalho; os objetivos do movimento de padronização dos anos 1930 e 1940, cuja ênfase estava na segurança no emprego e ganhos econômicos para o trabalhador; a relação existente entre moral e produtividade e de que a melhoria das relações humanas proporcionaria a melhoria de ambos (noção defendida por psicólogos nos anos 1950); e qualquer tentativa de reforma nos anos 1960, como as campanhas por oportunidades iguais de trabalho e os numerosos planos para enriquecimento financeiro do trabalhador proporcionado pelo emprego (Walton, 1973).

Ainda segundo Walton (1973), nos anos 1970 o conceito de QVT deveria incorporar as necessidades e aspirações humanas da época, tais como o desejo de um empregador socialmente prestativo. Nessa abordagem, a QVT é um tema complexo que abarca a subjetividade do indivíduo, sendo relevante o levantamento de aspectos que influenciam a satisfação junto à equipe multiprofissional de saúde visando, assim, a encontrar maneiras eficientes para que o trabalho dessa equipe alcance a qualidade da assistência necessária para suprir as necessidades dos usuários da APS sem prejudicar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais que atuam nessa modalidade de equipamento de saúde (Tambasco *et al.*, 2017).

Maissiat *et al.*, (2015) mostra que a QVT com o passar do tempo pode se transformar em sofrimento e em esgotamento profissional, gerando doença e sofrimento, porém quanto mais tempo na instituição tiver o trabalhador maiores poderão ser suas resistências e sua resiliência. Entre os profissionais da área de saúde, a QVT deveria ser ótima já que eles parecem ter os conhecimentos e meios necessários para prevenir riscos e realizar ações de

cuidado próprio em todas as áreas do ser humano. No entanto, vários estudos destacam que isso está longe de ser uma realidade. Há evidências consistentes de existirem muitos problemas entre os profissionais de saúde. No caso específico do pessoal de enfermagem, por exemplo, os funcionários desenvolveram doenças tais como a Síndrome de Burnout, estresse ocupacional, conflitos relacionados à violência dentro das instituições de saúde – dirigida tanto aos usuários quanto ao próprio pessoal de enfermagem –, índices de baixa satisfação ocupacional e depressão, entre outros problemas. Isso poderia estar associado às condições do local de trabalho relacionadas à forma de contratação, ao fato de os funcionários terem dois ou mais empregos e ao tipo de instituição onde trabalham, entre outros, além dos riscos reconhecidos na literatura relacionados a trabalhar em hospitais, os quais implicam em uma carga mental que incide diretamente na qualidade da atenção, na QVT e na qualidade de vida geral das pessoas (Zavala, Klinj, & Carrillo, 2016).

Historicamente, a área da saúde no Brasil sofre por carência de recursos, principalmente humanos, visto que nas instituições governamentais ou privadas a prestação de serviços de saúde tem a necessidade de gerar resultados e explorar a força de trabalho. Porém, alguns fatores, como falta de qualificação dos profissionais, salários baixos, não reposição de pessoal, alta rotatividade de trabalhadores e convivência de funcionários sob regimes autoritários dentro das instituições acarretam dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde e baixa QVT desses profissionais (Tambasco *et al.*, 2017).

### 2.3.5 Clima de Trabalho em Equipe

A preocupação com as pessoas surge quando se resgatam os valores humanísticos e ambientais negligenciados pela sociedade em favor da tecnologia, pois o trabalho humano reflete na qualidade e produtividade das organizações. Desta forma, o trabalho em equipe vem sendo notado como uma possível solução para resolver os problemas das organizações visando à melhoria no processo de se comunicar, rapidez das informações, aprendizagem e comprometimento organizacional. Este conceito emerge com o novo modelo de gestão de pessoas na busca de impulsionar a gestão organizacional com a finalidade de reorganizar os funcionários para realizar tarefas coletivas (Wegner *et al.*, 2018).

Estudos têm demonstrado que o trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e tomada de decisões (Nogueira & Rodrigues, 2015). O trabalho por meio de equipe cada vez mais tem atraído adeptos no mundo das organizações. Os estudiosos corroboram com esta ideia indicando que o futuro pertence a organizações

baseadas em equipes nas quais os indivíduos compartilham de objetivos e valores semelhantes na busca de uma construção de identidade organizacional (Braga, de Oliveira, & Siena, 2011).

Na abordagem ao trabalho em equipe toma-se como base a premissa de que uma boa ideia usada apenas uma vez é desperdício. Dessa forma, trabalho em equipe pode ser definido como atividades executadas por dois ou mais indivíduos com capacidade para ação coordenada cada qual com oportunidades de propor ideias e participar da elaboração de uma lógica comum, possibilitando a geração da sinergia. A maioria das empresas precisa sofrer uma mudança cultural para as pessoas compartilharem conhecimentos que mantêm guardados a sete chaves. Para que essa partilha seja relevante, ela deve estar alinhada às estratégias organizacionais. Portanto, trabalhar em equipe implica um senso de missão compartilhada e responsabilidade coletiva uma vez que “uma equipe tem de saber a que vem. Tem de saber a razão de sua existência. Tem de ter consciência do propósito que a sustenta e move” (Braga *et al.*, 2011; Wegner *et al.*, 2018).

Quando ocorre trabalho em equipe o conhecimento e a agilidade são resultados desta interação. A comunicação é outro assunto que contribui para o desempenho da equipe. O líder que possui a comunicação clara proporciona aos profissionais o entendimento das ações que necessitam ser realizadas. Por meio da valorização das pessoas tem-se muitas vezes o incentivo e satisfação para a execução das atividades na organização (Wegner *et al.*, 2018).

Porém, se a equipe não estiver entrosada, falhas podem ocorrer e a depender do local e das circunstâncias estas falhas podem ser até fatais. Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. Por conseguinte, a maneira como ocorre a comunicação entre os profissionais tem sido apontada por pesquisadores como fundamental para um cuidado de saúde seguro (Nogueira & Rodrigues, 2015).

O trabalho em equipe na área da saúde especificamente na Estratégia Saúde da Família tem no Gerente de Serviços de Saúde a figura do líder o qual deve estar preparado para saber lidar com acontecimentos inesperados que podem acontecer com os usuários na unidade de saúde ou no domicílio, relacionar-se com as equipes multiprofissionais, estar a par de procedimentos médicos assistenciais, além de intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais, ou seja, este profissional tem o papel de exercer e desenvolver a liderança em relação às equipes de saúde da família, transformando ideias, intenções e metas em resultados, harmonizando o ambiente de trabalho dos profissionais, participando ativamente dos processos de planejamento, conhecendo as diretrizes do SUS e da Estratégia de Saúde da

Família, a fim de atender as demandas e as necessidades da população e para conduzir sua equipe com afinco para se atingirem os resultados esperados, tanto qualitativos quanto quantitativos (L. J. dos Santos & Paranhos, 2017).

A qualidade do trabalho em equipe está associada à qualidade de vida no trabalho, que é um tema complexo o qual abarca a subjetividade do indivíduo, sendo relevante o levantamento de aspectos que influenciam a satisfação junto à equipe multiprofissional de saúde, visando assim a encontrar maneiras eficientes para o trabalho dessa equipe alcançar a qualidade da assistência necessária para suprir as necessidades dos usuários dos serviços de saúde sem prejudicar sua qualidade de vida (Tambasco *et al.*, 2017).

O trabalho em equipe também é importante para a realização de serviços voluntários, L. B. de Oliveira & Costa (2016), estudaram os voluntários dos Jogos Pan-Americanos de 2017, na cidade do Rio de Janeiro e concluíram que o trabalho em equipe foi um importante elemento gerador de satisfação às pessoas envolvidas. Identificou também que o comportamento dos colegas era capaz de afetar de forma positiva ou negativa à organização de toda a equipe.

## 2.4 DESENVOLVIMENTO INICIAL DAS HIPÓTESES

Diversos estudos científicos anteriores já indicavam variáveis que podem estar relacionadas com a motivação individual (Batista *et al.*, 2005; Bordignon, Monteiro, *et al.*, 2015; Coelho Junior & Faiad, 2012; L. L. Klein *et al.*, 2017; Menezes *et al.*, 2009; Siqueira, 2002; Walton, 1973). Mesmo que estes estudos tenham sido realizados nos mais diferentes contextos sociais/empresariais, há a expectativa de que seus achados possam ser aplicados em relação aos funcionários das equipes NASF.

As fontes das principais variáveis antecedentes identificadas estão apresentadas na Tabela 01.

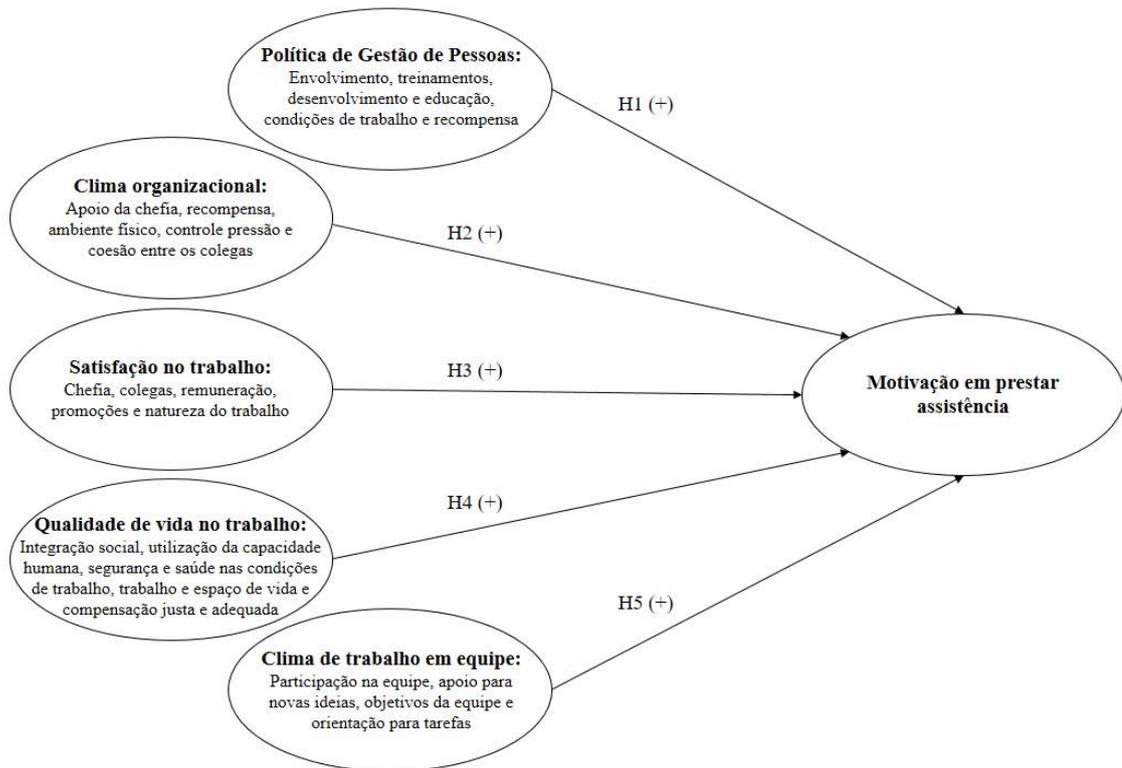
Tabela 01 – Fonte das principais variáveis antecedentes

Construtos 2ª. Ordem	Construtos 1ª. ordem	Escalas	Autores	Classificação CAPES 2013-2016 para ADM
Políticas de Gestão de Pessoas	Envolvimento	EPPGP (Escala de Percepção de Políticas de Gestão de Pessoas)	(Fiuza, 2008)	B1
	Treinamento, Desenvolvimento e Educação			
	Condições de Trabalho			
	Recompensa			
Clima Organizacional	Apoio da Chefia	Escala de Clima Organizacional	(M. do C. F. Martins <i>et al.</i> , 2004)	B1
	Recompensa			
	Ambiente Físico			
	Controle Pressão			
	Coesão Entre os Colegas			
Satisfação no trabalho	Chefia	Escala de Satisfação no Trabalho	(Coelho Junior & Faiad, 2012)	B2
	Colegas			
	Remuneração			
	Promoções			
	Natureza do Trabalho			
Qualidade de vida no trabalho	Integração Social	Modelos para avaliação da qualidade de vida no trabalho	(Freitas & de Souza, 2009)	B1
	Utilização da Capacidade Humana			
	Segurança e Saúde nas Condições de Trabalho			
	Trabalho e Espaço de Vida			
	Compensação Justa e Adequada			
Clima de Trabalho em Equipe	Participação na Equipe	Escala de Clima do Trabalho em Equipe (Team Climate Inventory)	(Charantola Silva <i>et al.</i> , 2016)	A2
	Apoio para Novas Ideias			
	Objetivos da Equipe			
	Orientação para Tarefas			

Fonte: pesquisa bibliográfica realizada pelos autores

Com isso, o modelo teórico apresentado na Figura 01 será testado na fase empírica deste projeto de pesquisa.

Figura 01 – Modelo teórico



Dado o modelo teórico proposto, as seguintes hipóteses serão testadas empiricamente.

H1 – Quanto maior a percepção de boa Política de Gestão de Pessoas, maior será a motivação da equipe do NASF em prestar uma boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

H2 – Quanto melhor o Clima Organizacional percebido, maior será a motivação da equipe do NASF em prestar uma boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

H3 – Quanto maior a Satisfação com o Trabalho, maior será a motivação da equipe do NASF em prestar uma boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

H4 – Quanto maior a Qualidade de Vida no Trabalho, maior será a motivação da equipe do NASF em prestar uma boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

H5 – Quanto melhor o Clima de Trabalho em Equipe, maior será a motivação da equipe do NASF em prestar uma boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Segundo Malhotra (2012), essa pesquisa pode ser classificada como descritiva com abordagem quantitativa conduzida por meio de um survey presencial em corte transversal único.

#### 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A presente pesquisa é parte integrante do Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Serviços de Saúde da Universidade Nove de Julho e foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVOVE sob o parecer 2.993.704 e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob o parecer 3.066.789.

O instrumento de pesquisa, apresentado no Apêndice A, foi aplicada aos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF -, das equipes da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Norte, nas Supervisões Técnicas de Saúde (STS) Perus, Pirituba/Jaraguá, Freguesia do Ó/Brasilândia, Casa Verde/Cachoeirinha e Vila Maria/Vila Guilherme. Os questionários foram aplicados no período de dezembro de 2018 e janeiro de 2019 durante reuniões de equipes das equipes NASF em dias e horários marcados previamente com os respectivos coordenadores de equipe.

Estas equipes NASF, bem como quase todos os serviços dos territórios das STS são gerenciados pelas OSS – Organizações Sociais de Saúde –, sendo em Perus, Pirituba/Jaraguá e Vila Maria/Vila Guilherme gerenciados pela SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; em Freguesia do Ó/Brasilândia e Casa Verde/Cachoeirinha pela ASF – Associação Saúde da Família.

Dada a metodologia de análise de dados proposta, a meta foi a obtenção de ao menos 80 questionários completos. Essa amostra, mesmo que não probabilística (Malhotra, 2012), foi escolhida pela facilidade de acesso da proponente.

### 3.3 ESCALAS DE MEDIDA

Para a mensuração das variáveis independentes do modelo (Política de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional, Satisfação no Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe), foram utilizados 50 itens como apresentado no Apêndice A, criado a partir de adaptações de instrumentos apresentados na literatura constante na Tabela 01. A mensuração foi realizada por meio de uma escala do Tipo Likert de 5 pontos, a exemplo da utilizada por Fiuza (2008).

A variável dependente (Motivação em Prestar Assistência) foi estimada por cinco itens adaptados da escala proposta por (Ferreira, Diogo, Ferreira, & Valente, 2006), como apresentado no Quadro 01.

#### Quadro 01 – Escala da Motivação

Sinto-me realizado(a) em prestar atendimento assistencial aos usuários desta UBS.  
 Habitualmente desenvolvo estratégias para alcanças minhas metas de atendimento.  
 Normalmente, considero-me uma pessoa com grande motivação no trabalho.  
 Identifico-me com a função que desempenho na UBS.  
 Sinto que meus conhecimentos são determinantes no papel que desempenho dentro do serviço de saúde pública.

Adaptado (Ferreira *et al.*, 2006).

Além disso, variáveis demográficas (gênero, idade, estado civil, nível educacional, etc.) e sociodemográficos (renda, tempo na função, tempo no serviço de saúde público, entre outros) foram solicitados.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a tabulação dos dados, foram conduzidos testes iniciais exploratórios. Para verificar a ausência de outliers, foi utilizado o teste de distância de Mahalanobis e para verificar a ausência de multicolinearidade foi utilizado a estimação do fator de inflação da variância, como recomendado por Hair Júnior *et al.* (2009). Para identificação da natureza da distribuição da variável dependente, foi conduzido o teste KS de Kolmogorov-Smirnov.

Em pesquisas quantitativas, as técnicas de análise de dados são classificadas em dois tipos: univariadas e multivariadas. As primeiras são indicadas para análise de dados em

situações nas quais existe uma única medida de cada elemento da amostra e, na ocorrência de mais de uma medida, cada uma das variáveis será analisada individualmente (Toledo, 2013).

#### 3.4.1 Análise dos *outliers*

*Outliers* são observações atípicas, dados que apresentam uma combinação única de características identificáveis, as quais se revelam diferentes das demais, parecendo inconsistentes com o restante da amostra, não podendo, entretanto, ser classificadas como benéficas ou maléficas (Hair Júnior *et al.*, 2009). Na análise dos dados, o pesquisador pode excluir os *outliers* e utilizar apenas os dados representativos da amostra.

#### 3.4.2 Análise de Colinearidade

A colinearidade é expressão da relação entre duas (colinearidade) ou mais (multicolinearidade) variáveis independentes. Diz-se que se duas variáveis independentes exibem colinearidade completa seu coeficiente de correlação é 1 e se há completa falta de colinearidade o coeficiente de correlação é 0. A *multicolinearidade* ocorre quando qualquer variável independente é altamente correlacionada com um conjunto de outras variáveis independentes. Um caso extremo de colinearidade/multicolinearidade é a *singularidade*, na qual uma variável independente é perfeitamente prevista (ou seja, correlação de 1,0) por uma outra variável independente (ou mais de uma) (Hair Júnior *et al.*, 2009).

#### 3.4.3 Homocedasticidade

Homocedasticidade se refere à suposição de que as variáveis dependentes exibem níveis iguais de variância ao longo do domínio da(s) variável(is) preditor(a)s. A homocedasticidade é desejável porque a variância da variável dependente sendo explicada na relação de dependência não deveria se concentrar apenas em um domínio limitado dos valores independentes. Na maioria das situações, temos muitos valores diferentes da variável dependente em cada valor da variável independente. Para essa relação ser completamente capturada a dispersão (variância) dos valores da variável dependente deve ser relativamente semelhante em cada valor da variável preditor(a). Se essa dispersão for desigual ao longo de valores da variável independente, a relação é dita heteroscedástica. Apesar de as variáveis dependentes terem de ser métricas, esse conceito de igual extensão de variância entre as

variáveis independentes pode ser aplicado quando as variáveis independentes são métricas ou não (Hair Júnior *et al.*, 2009).

#### 3.4.4 Verificação de Normalidade

A suposição mais fundamental em análise multivariada é a normalidade, a qual se refere à forma da distribuição de dados para uma variável métrica individual e sua correspondência com a distribuição normal, o padrão de referência para métodos estatísticos. Se a variação em relação à distribuição normal é suficientemente grande, todos os testes estatísticos resultantes são inválidos, uma vez que a normalidade é exigida no emprego das estatísticas F e t. Os métodos estatísticos univariados e multivariados baseiam-se na suposição de normalidade univariada, com os métodos multivariados também assumindo normalidade multivariada. A normalidade univariada para uma única variável é facilmente testada. Em um sentido simples, normalidade multivariada (a combinação de duas ou mais variáveis) significa serem as variáveis individuais normais em um sentido univariado e que suas combinações também são normais. Logo, se uma variável é normal multivariada, também é normal univariada. No entanto, a recíproca não é necessariamente verdadeira (duas ou mais variáveis normais univariadas não são necessariamente normais multivariadas). Assim, uma situação em que todas as variáveis exibem uma normalidade univariada ajuda a obter, apesar de não garantir, a normalidade multivariada. Normalidade multivariada é mais difícil de testar, mas há testes especializados disponíveis para situações nas quais a técnica multivariada é particularmente afetada por uma violação dessa suposição. Na maioria dos casos avaliar e conseguir normalidade univariada para todas as variáveis é suficiente. Mesmo quando grandes amostras tendem a diminuir os efeitos nocivos da não-normalidade, o pesquisador deve sempre avaliar a normalidade em todas as variáveis métricas incluídas na análise (Hair Júnior *et al.*, 2009).

#### 3.4.5 Correlações

Três diferentes correlações são dadas como uma ajuda na avaliação do processo de estimação. A correlação de ordem zero é a **correlação bivariada** simples entre a variável independente e a dependente. A correlação parcial denota o efeito preditivo incremental de uma variável independente sobre a dependente controlando outras variáveis no modelo de regressão. Essa medida é empregada para julgar qual variável é adicionada a seguir em

métodos de busca sequencial. Finalmente, a correlação semiparcial corresponde ao efeito único atribuível a cada variável independente (Hair Júnior *et al.*, 2009).

#### 3.4.6 Regressão linear

A análise de regressão consiste na criação de um modelo matemático que relacione, essencialmente, a variável dependente denominada por Y e a variável independente X. Estas variáveis, no âmbito da análise de regressão, tomam as denominações de variável de resposta e variável explicativa. O objetivo é verificar e analisar como o valor esperado da variável de resposta,  $E[Y]$ , é afetado consoante a alteração das condições que interagem com a variável Y. A variável explicativa X deverá fornecer informação sobre o comportamento da variável Y. Além de X, do modelo também consta a inclusão de parâmetros, habitualmente designados pela letra  $\beta$ , estimados a partir dos dados recolhidos (Silva, 2016).

#### 3.4.7 ANOVA

Análise de variância (ANOVA) é uma técnica estatística usada para determinar se as amostras de dois ou mais grupos surgem de populações com médias iguais (ou seja, as médias de grupos diferem significativamente?). A análise de variância examina uma medida dependente, ao passo que a análise multivariada de variância compara diferenças de grupos quanto a duas ou mais variáveis dependentes. A análise ANOVA fornece o teste estatístico para o ajuste geral do modelo em termos da razão F (Hair Júnior *et al.*, 2009).

#### 3.4.8 Coeficiente $R^2$ ajustado

Coeficiente ajustado de determinação ( $R^2$  ajustado) é uma medida modificada do *coeficiente de determinação* que considera o número de variáveis independentes incluídas na equação de regressão e o tamanho da amostra. Apesar de a adição de variáveis independentes sempre fazer com que o coeficiente de determinação aumente, o coeficiente ajustado de determinação pode cair se as variáveis independentes acrescentadas tiverem pouco poder de explicação e/ou se os graus de *liberdade* se tornarem muito pequenos. Essa estatística é muito útil para comparação entre equações com diferentes números de variáveis independentes, diferentes tamanhos e amostras, ou ambos (Hair Júnior *et al.*, 2009).

## 4 RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta seção, são apresentados os resultados da pesquisa empírica utilizando os métodos descritos no capítulo anterior, em conformidade com os objetivos propostos. A seção é composta por três tópicos básicos sendo: a) análise descritiva dos resultados, considerando a preparação do banco de dados, o perfil demográfico da amostra e a análise descritiva das variáveis independentes; b) análise dos construtos de Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional, Clima de Trabalho em Equipe, Satisfação no Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho; c) apresentação das análises multivariadas, sendo análise de colinearidade, homocedasticidade, verificação de normalidade e regressão linear.

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

A descrição e análise dos resultados relativos aos dados levantados na pesquisa empírica descritiva foram feitas mediante uma divisão em três segmentos: sendo o seguimento a) preparação do banco de dados; b) perfil demográfico da amostra; c) análise descritiva das variáveis independentes.

#### 4.1.1 Preparação do banco de dados

Conforme mencionado anteriormente, o questionário foi submetido a profissionais de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Norte. No total participaram da pesquisa 88 profissionais que preencheram todas as partes do questionário. Para iniciar o trabalho de análise estatística, foi necessário examinar os dados colhidos em campo, eliminando do banco de dados 08 questionários que foram preenchidos parcialmente.

#### 4.1.2 Perfil demográfico da amostra

A análise descritiva da amostra compreendeu a caracterização do perfil demográfico dos respondentes. A distribuição da amostra, por *gênero*, revelou que, dos 88 respondentes, 82 pertenciam ao gênero feminino (93,2%) e 06 ao masculino (6,8%), conforme expresso na Tabela 02.

Tabela 02 – Gênero dos respondentes

<b>Gênero</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	82	93,2
Masculino	06	6,8
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

Em relação ao estado civil, a amostra revelou que dos 88 respondentes, 14 (15,9%) estavam separados, 30 (34,1%) solteiros, 44 (50%) casados, conforme expresso na Tabela 03.

Tabela 03 – Estado civil dos respondentes

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Separado	14	15,9
Solteiro	30	34,1
Casado	44	50
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

A média da faixa etária dos profissionais NASF correspondeu a 38,56 anos. A concentração de idade (mediana) situou-se na faixa de 37, apresentando um desvio padrão de 8,81 anos. A idade mínima foi de 25 e a máxima de 64 anos.

Para trabalhar em uma equipe NASF, é necessário que o profissional seja bacharel em sua área de atuação. Quanto à escolaridade dos profissionais, identificou-se que a maioria dos respondentes possuem nível de pós-graduação *Lato sensu*: 75 (85,2%), de acordo com os dados observados na Tabela 04.

Tabela 04 – **Escolaridade dos respondentes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Graduação	07	8
Pós-graduação <i>Lato sensu</i>	75	85,2
Mestrado	05	5,7
Doutorado	01	1,1
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

As equipes NASF são equipes multiprofissionais e sua composição é definida de acordo com as necessidades de cada território identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesta amostra sobressai-se a quantidade de fisioterapeutas 19 (21,6%) do total possivelmente devido à carga horária de trabalho correspondente a 20 horas semanais, resultando em 02 fisioterapeutas por equipe em muitas das equipes pesquisadas. No outro extremo estão as categorias de médico pediatra 03 (3,4%) e médico ginecologista 02 (2,3%). O total de profissionais por profissão estão relacionados na Tabela 05.

Tabela 05 – **Profissão dos respondentes**

<b>Profissão</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Fisioterapeuta	19	21,6
Assistente Social	13	14,8
Fonoaudiólogo	13	14,8
Psicólogo	12	13,6
Terapeuta ocupacional	11	12,5
Nutricionista	10	11,4
Médico Psiquiatra	05	5,7
Médico Pediatra	03	3,4
Médico Ginecologista	02	2,3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

Em média os profissionais exercem sua profissão há 13,43 anos, com desvio padrão de 7,47. Foi possível identificar que no máximo os profissionais exercem a profissão há 36 anos e no mínimo há 2 anos.

Em relação ao tempo de trabalho no SUS, existem profissionais atuantes há no mínimo 1 ano e no máximo há 33. Assim é possível observar ser a média de atuação na saúde pública para esses profissionais de 8 anos com um desvio padrão de 6,54. Já em relação ao tempo de atuação na atual equipe identificou-se ser o maior tempo de 10 anos e o menor 1, com média de 3 anos e desvio padrão de 2,62 anos.

#### 4.1.3 Análise descritiva das variáveis independentes

A análise das variáveis foi realizada com base nas respostas dos profissionais para as 50 afirmações dos 5 construtos apresentado a seguir. Para cada afirmativa os profissionais deveriam assinalar de 1 a 5, sendo para 1 Discordo totalmente da afirmativa, 2 Discordo um pouco da afirmativa, 3 Não discordo nem concordo com a afirmativa, 4 Concordo um pouco com a afirmativa; 5 Concordo totalmente com a afirmativa.

### 4.2 ANÁLISE DOS CONSTRUTOS

#### 4.2.1 Construto Políticas de Gestão de Pessoas

O primeiro construto avaliado foi Políticas de Gestão de Pessoas no qual as variáveis observadas foram: envolvimento, treinamento, desenvolvimento e educação, condições de trabalho e recompensas.

No primeiro bloco de questões percebe-se que a média de satisfação em relação ao envolvimento foi de 3,37 indicando que os profissionais não concordam nem discordam das afirmativas sobre como as organizações em que trabalham procuram conhecer suas competências para definir suas atividades, considerando as reclamações sugestões e costumando tratar os profissionais com respeito e atenção.

No segundo bloco de questões em relação a variável *treinamento*, desenvolvimento e educação é possível observar que a médias dos respondentes é de 3,93 indicando que a concordam um pouco com as afirmações de que a organização na qual trabalham investem em seu desenvolvimento e facilitam a participação dos profissionais em treinamentos e palestras para aprimoramento profissional.

Já no terceiro bloco de questões em relação à variável *condições de trabalho* nota-se ser a média de satisfação dos profissionais de 1,92 indicando discordância da afirmativa de que a organização em que trabalham se preocupa com sua saúde e bem estar, fornecendo os materiais necessários para a realização de suas atividades e ser a quantidade de profissionais NASF suficiente para atender a demanda.

Finalmente no quarto bloco desse construto avaliou-se a satisfação dos profissionais em relação à variável recompensa, considerando questões como a remuneração, plano de carreiras, resultados com o trabalho e reconhecimento do atendimento prestado. Nesta variável a média foi de 3,17 indicando que os profissionais não concordam nem discordam da posição da organização quanto a estas questões.

Na Tabela 06 é apresentado o consolidado das médias do construto *Políticas de Gestão de Pessoas*.

Tabela 06 – **Políticas de Gestão de Pessoas**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Envolvimento	3,37
Treinamento	3,93
Desenvolvimento e educação	3,93
Condições de trabalho	1,92
Recompensas	3,17

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.2.2 Construto Clima Organizacional

O segundo construto avaliado foi o clima organizacional no qual as variáveis observadas foram, apoio da chefia, ambiente físico e controle-pressão.

No primeiro bloco de questões foi analisado a variável *apoio da chefia*. Nota-se ser a média de satisfação dos profissionais em relação a essa variável de 3,41 quando se trata dos elogios feitos pela chefia aos profissionais, o apoio encontrado pelo profissional no chefe, a maneira como o chefe faz considerações sobre o trabalho desenvolvido e sobre o uso do diálogo como a principal ferramenta para a resolução de problemas.

O *ambiente físico*, variável presente no segundo bloco, apresentou média de 1,96 indicando não possuem os profissionais equipamentos necessários ou os mesmos não sendo

adequados para a realização de suas tarefas e a estrutura física é inadequada para o atendimento aos pacientes.

O terceiro e último bloco desse construto corresponde à variável *controle-pressão* no qual percebe-se ser a média de motivação dos profissionais de 4,05, indicando concordância com o fato de a organização na qual trabalham exigir serem as tarefas cumpridas dentro do prazo estabelecido e haver rigoroso controle na frequência dos trabalhadores.

Na Tabela 07 é apresentado o consolidado das médias do construto *Clima Organizacional*.

Tabela 07 – **Clima Organizacional**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Apoio da chefia	3,41
Ambiente físico	1,96
Coesão-pressão	4,05

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.2.3 Construto Clima de Trabalho em Equipe

Nesse construto foi analisado a variável coesão entre os colegas com questões direcionadas a auxílio a um novo colega, cooperação, relacionamento interpessoal, tratamento pelas equipes de saúde da família bem como pela gerência da unidade de saúde onde a equipe NASF atua. Na análise dessa variável a média de motivação em prestar assistência aos usuários do serviço de saúde foi de 3,75.

#### 4.2.4 Construto Satisfação no Trabalho

O quarto construto avaliado foi a satisfação no trabalho no qual as variáveis observadas foram divididas em 3 blocos sendo remuneração, promoções e natureza do trabalho.

No bloco de questões da variável *remuneração*, nota-se que a média de motivação dos profissionais em prestar assistência aos usuários do serviço de saúde foi de 2,96 no tocante à compatibilidade entre o salário e o trabalho realizado e a compatibilidade entre o salário e o custo de vida do profissional. Já o segundo bloco de questões apresentou ser a motivação em relação a variável promoções de 2,31, indicando que o profissional não identifica chances em ser promovido e tampouco concorda com a maneira como as promoções são realizadas.

No terceiro e último bloco correspondente a esse construto a variável *natureza do trabalho* permitiu observar a média de 3,34 indicando que os profissionais não concordam ou tampouco discordam das afirmações sobre o grau de interesse despertado por suas atividades, sobre a oferta de serviços na rede para o encaminhamento de pacientes, sobre o atendimento compartilhado com outros profissionais NASF, com médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, com as visitas domiciliares e grupos de atendimento realizados.

Na Tabela 08 é apresentado o consolidado das médias do construto Satisfação no Trabalho.

Tabela 08 – **Satisfação no Trabalho**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Remuneração	2,96
Promoções	2,31
Natureza do trabalho	3,34

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.2.5 Construto Qualidade de Vida no Trabalho

Finalmente no quinto e último construto foi avaliada a Qualidade de Vida no Trabalho em que as variáveis foram divididas em 3 blocos: integração social, utilização da capacidade humana e trabalho e espaço de vida.

No primeiro bloco de questões, analisou-se a variável *integração social*. Nota-se que a média de motivação dos profissionais em prestar assistência aos usuários do serviço de saúde é de 3,70 em relação a essa variável, a qual contempla a satisfação na relação com colegas do mesmo nível hierárquico, com o superior e com os funcionários dos demais setores da unidade de saúde.

O segundo bloco correspondente à variável *utilização da capacidade humana*. Nesta variável, a média de motivação dos profissionais em prestar assistência aos usuários do serviço de saúde é de 3,39 quando se considera o grau de independência na realização das atividades e na quantidade de informações que se tem acesso para a realização das mesmas.

Por fim, o último bloco compreende a variável trabalho e espaço de vida. Como resultado, observou-se que a média em relação à motivação é de 3,55 no tangente ao grau de impacto causado pela atividade dentro e fora da organização: as preocupações e aborrecimentos trazidos pelo trabalho, o quanto o trabalho influencia na vida familiar e o quanto se leva trabalhos para concluir em casa.

Na Tabela 09 é apresentado o consolidado das médias do construto *Qualidade de Vida no Trabalho*.

Tabela 09 – **Qualidade de Vida no Trabalho**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>
Integração social	3,70
Utilização da capacidade humana	3,39
Trabalho e espaço de vida	3,55

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

### 4.3 ANÁLISES MULTIVARIADAS

#### 4.3.1 Análise de Colinearidade

A colinearidade, conforme explicado por Hair Júnior *et al.* (2009), é uma medida do quanto a variação de uma variável (independente) explica a variação de outra variável dependente (dependente). Para avaliar o grau de colinearidade optou-se pela análise do cálculo de tolerância de verificação do índice de inflação da variância com tolerância para  $VIF < 10$ . Na análise realizada para todas as variáveis independentes, o VIF apresentou-se menor que 10 na maioria das variáveis analisadas, mostrando existir baixo grau de colinearidade entre a maioria das variáveis, exceto em duas variáveis referentes ao ambiente físico do construto Clima Organizacional. As afirmações em questão são as que falam sobre: “os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas” (afirmativa 17) e “os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a saúde do empregado na organização” (afirmativa 18). A Tabela 10 apresenta a relação das variáveis independentes e a colinearidade verificada.

Tabela 10 – Análise de Colinearidade

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	p-value	Estatísticas de colinearidade	
	B	Std. Error	Beta			Tolerância	VIF
(Constant)	4,540	6,045		,751	,457		
Env01 A organização onde trabalho procura conhecer minhas competências para definir minhas atividades.	,419	,474	,198	,884	,383	,207	4,837
Env02 Na organização onde trabalho as minhas sugestões / reclamações são consideradas.	-,448	,536	-,282	-,835	,409	,091	1,961
Env03 A organização onde trabalho costuma me tratar com respeito e atenção.	-,845	,709	-,364	-1,191	,241	,111	8,977
Trei4 A organização onde trabalho investe no meu desenvolvimento, viabilizando a minha participação em eventos externos (como congressos, seminários etc).	,078	,468	,038	,167	,869	,202	4,945
Trei5 A organização onde trabalho me faz participar de treinamentos externos e palestras para o meu aprimoramento profissional.	-,473	,514	-,236	-,920	,364	,158	6,346
Cond6 A organização onde trabalho preocupa-se com a minha saúde e bem-estar no trabalho (por meio de local arejado, boa iluminação, instalações confortáveis, programas de qualidade de vida, programa de prevenção de doenças e estresse no trabalho, centrais de atendimento.)	,247	,524	,125	,472	,640	,148	6,763
Cond7 A organização onde trabalho fornece os materiais, equipamentos e tecnologia adequados ao desempenho eficaz de minha função.	-,927	,561	-,451	-1,651	,107	,140	7,159
Cond8 Na organização a quantidade de profissionais na equipe NASF é o suficiente para atender à demanda de trabalho.	,473	,464	,256	1,018	,315	,165	6,065
Recom9 A organização onde trabalho me fornece remuneração compatível com as minhas competências e formação/escolaridade.	,264	,354	,148	,747	,460	,265	3,776
Recom10 A organização onde trabalho possui um plano de carreira/progressão funcional	,164	,383	,088	,429	,671	,246	4,073

claramente definido e conhecido por todos.							
Recom1 Me sinto satisfeito com o resultado do meu trabalho.	-1,226	,564	-,458	-2,174	,036	,235	4,261
Recom12 Há reconhecimento do paciente pelo atendimento prestado.	,238	,479	,111	,497	,622	,209	4,779
Apoio13 O chefe elogia quando o funcionário faz um bom trabalho.	-,053	,532	-,034	-,100	,921	,091	1,048
Apoio14 O funcionário pode contar com o apoio do chefe.	-,066	,706	-,039	-,094	,926	,061	6,417
Apoio15 A maneira como seu chefe faz considerações e observações sobre seu trabalho e sua produtividade lhe causa constrangimento ou outro transtorno perante seus colegas de trabalho.	,058	,491	,038	,119	,906	,102	9,844
Apoio16 O diálogo é utilizado como a principal ferramenta para resolver os problemas na organização.	,646	,439	,377	1,471	,150	,159	6,299
Ambi17 Os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas.	,953	,760	,466	1,254	,218	,075	13,289
Ambi18 Os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas.	-,112	,808	-,056	-,139	,890	,065	15,338
Ambi19 A estrutura física é adequada para o atendimento aos pacientes.	-,216	,439	-,103	-,493	,625	,238	4,210
Cont20 Esta organização exige que as tarefas sejam feitas dentro do prazo previsto.	-,029	,565	-,014	-,051	,959	,141	7,078
Cont21 A frequência dos funcionários é controlada com rigor por esta empresa.	,181	,426	,100	,425	,673	,188	5,316
Coe22 Nesta organização os colegas auxiliam um novo funcionário em suas dificuldades.	-,615	,661	-,315	-,931	,358	,091	1,019
Coe23 Nesta organização existe cooperação entre os colegas.	1,934	,754	1,017	2,564	,015	,066	5,129
Coe24 Me relaciono bem com os colegas de trabalho.	-,229	,588	-,109	-,390	,699	,135	7,427
Coe25 Sou bem tratado pelos profissionais das equipes de saúde da família.	-,671	,647	-,432	-1,038	,306	,060	6,622
Coe26 Sou bem tratado pela gerência da UBS.	-,236	,457	-,140	-,515	,609	,140	7,133
Remu27 Nesta organização meu salário é compatível com o quanto eu trabalho.	,536	,484	,286	1,108	,275	,157	6,384
Remu28 Nesta organização meu salário é compatível ao meu custo de vida.	-,191	,498	-,094	-,383	,704	,174	5,738

Promo29 Nesta organização tenho oportunidades de ser promovido ou ter ascensão nesta empresa.	,299	,589	,170	,507	,615	,092	1,819
Promo30 Nesta organização concordo com a maneira como são realizadas as promoções dos trabalhadores.	,028	,698	,015	,040	,969	,072	3,863
Natu31 Sou satisfeito com o grau de interesse que minhas tarefas despertam.	,323	,548	,171	,589	,559	,123	8,114
Natu32 A Rede de Atenção à Saúde possuiu ofertas de serviços para o encaminhamento dos pacientes quando necessário.	-,311	,340	-,155	-,914	,367	,360	2,778
Natu33 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com outros profissionais NASF.	,457	,435	,228	1,050	,301	,221	4,528
Natu34 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com médicos e enfermeiros ESF.	-,566	,430	-,340	-1,316	,197	,156	6,398
Natu35 Me sinto satisfeito com as visitas domiciliares realizadas.	-,350	,506	-,160	-,692	,493	,194	5,147
Natu36 Me sinto satisfeito com os grupos de atendimento realizados.	,354	,638	,128	,555	,582	,195	5,135
Integ37 Me sinto satisfeito com o relacionamento com os outros colegas do mesmo nível hierárquico.	-1,097	,610	-,435	-1,799	,080	,178	5,615
Integ38 Me sinto satisfeito com o relacionamento com o seu superior.	,797	,773	,479	1,031	,309	,048	2,739
Integ39 Me sinto satisfeito com o relacionamento com funcionários de outros setores ou departamentos.	-,936	,549	-,587	-1,704	,097	,088	1,394
Utili40 Me sinto satisfeito com o grau de independência na realização de minhas atividades dentro da organização.	,328	,620	,184	,530	,599	,087	1,560
Utili41 Me sinto satisfeito com a quantidade de informações que tenho acesso para a realização do seu trabalho.	,393	,672	,180	,584	,563	,110	9,123
Trab42 Me sinto satisfeito com o grau do impacto causado pela atividade exercida por mim dentro e fora da organização.	,683	,772	,259	,885	,382	,122	8,230
Trab43 O trabalho me traz preocupações e aborrecimentos.	,393	,385	,210	1,022	,313	,246	4,063

Trab44 Meu trabalho influencia minha vida familiar.	-,039	,393	-,022	-,099	,922	,211	4,737
Trab45 Levo trabalhos para finalizar em casa.	-,071	,326	-,049	-,219	,828	,207	4,840
VD46 Sinto-me realizado(a) em prestar atendimento assistencial aos usuários desta UBS.	-,792	,434	-,420	-1,826	,076	,197	5,075
VD47 Habitualmente desenvolvo estratégias para alcanças minhas metas de atendimento.	,640	,536	,325	1,192	,241	,140	7,130
VD48 Normalmente, considero-me uma pessoa com grande motivação no trabalho.	-,014	,502	-,006	-,028	,978	,191	5,232
VD49 Identifico-me com a função que desempenho na UBS.	-,018	,430	-,006	-,042	,967	,462	2,163
VD50 Sinto que meus conhecimentos são determinantes no papel que desempenho dentro do serviço de saúde pública.	-,307	,460	-,097	-,666	,510	,487	2,055

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

### 4.3.2 Homocedasticidade

Na análise de homocedasticidade é possível observar que quase todas as variáveis não apresentaram significância no teste de Levene, não havendo grande transgressão da homocedasticidade da distribuição, conforme observamos na Tabela 11.

**Tabela 11 – Análise de homocedasticidade**

	Estatística de Levene	df1	df2	p-value
Env01 A organização onde trabalho procura conhecer minhas competências para definir minhas atividades.	,046	2	85	,955
Env02 Na organização onde trabalho as minhas sugestões / reclamações são consideradas.	2,458	2	85	,092
Env03 A organização onde trabalho costuma me tratar com respeito e atenção.	1,037	2	85	,359
Trei4 A organização onde trabalho investe no meu desenvolvimento, viabilizando a minha participação em eventos externos (como congressos, seminários etc).	,005	2	85	,995
Trei5 A organização onde trabalho me faz participar de treinamentos externos e palestras par o meu aprimoramento profissional.	,284	2	85	,754
Cond6 A organização onde trabalho preocupa-se com a minha saúde e bem-estar no trabalho (por meio de local arejado, boa iluminação, instalações confortáveis, programas de qualidade de vida, programa de prevenção de doenças e estresse no trabalho, centrais de atendimento)	,342	2	85	,711
Cond7 A organização onde trabalho fornece os materiais, equipamentos e tecnologia adequados ao desempenho eficaz de minha função.	1,328	2	85	,270
Cond8 Na organização a quantidade de profissionais na equipe NASF é o suficiente para atender à demanda de trabalho.	,192	2	85	,826
Recom9 A organização onde trabalho me fornece remuneração compatível com as minhas competências e formação/escolaridade.	,526	2	85	,593
Recom10 A organização onde trabalho possui um plano de carreira/progressão funcional claramente definido e conhecido por todos.	1,357	2	85	,263
Recom11 Me sinto satisfeito com o resultado do meu trabalho.	,322	2	85	,726
Recom12 Há reconhecimento do paciente pelo atendimento prestado.	2,077	2	85	,132
Apoio13 O chefe elogia quando o funcionário faz um bom trabalho.	3,613	2	85	,031
Apoio14 O funcionário pode contar com o apoio do chefe.	2,097	2	85	,129
Apoio15 A maneira como seu chefe faz considerações e observações sobre seu trabalho e sua produtividade lhe causa constrangimento ou outro transtorno perante seus colegas de trabalho.	,715	2	85	,492
Apoio16 O diálogo é utilizado como a principal ferramenta para resolver os problemas na organização.	3,145	2	85	,481
Ambi17 Os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas.	,224	2	85	,800
Ambi18 Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a saúde do empregado na organização.	,178	2	85	,837
Ambi19 A estrutura física é adequada para o atendimento aos pacientes.	,442	2	84	,644
Cont20 Esta organização exige que as tarefas sejam feitas dentro do	,714	2	85	,493

prazo previsto.				
Cont21 A frequência dos funcionários é controlada com rigor por esta empresa.	,626	2	85	,537
Coe22 Nesta organização os colegas auxiliam um novo funcionário em suas dificuldades.	4,691	2	85	,117
Coe23 Nesta organização existe cooperação entre os colegas.	2,962	2	85	,571
Coe24 Me relaciono bem com os colegas de trabalho.	3,918	2	85	,236
Coe25 Sou bem tratado pelos profissionais das equipes de saúde da família.	4,048	2	85	,209
Coe26 Sou bem tratado pela gerência da UBS.	1,037	2	85	,359
Remu27 Nesta organização meu salário é compatível com o quanto eu trabalho.	4,085	2	85	,202
Remu28 Nesta organização meu salário é compatível ao meu custo de vida.	2,412	2	85	,957
Promo29 Nesta organização tenho oportunidades de ser promovido ou ter ascensão nesta empresa.	1,285	2	85	,282
Promo30 Nesta organização concordo com a maneira como são realizadas as promoções dos trabalhadores.	,127	2	85	,881
Natu31 Sou satisfeito com o grau de interesse que minhas tarefas despertam.	1,996	2	85	,142
Natu32 A Rede de Atenção à Saúde possui ofertas de serviços para o encaminhamento dos pacientes quando necessário.	1,449	2	85	,241
Natu33 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com outros profissionais NASF.	2,319	2	85	,105
Natu34 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com médicos e enfermeiros ESF.	,082	2	85	,922
Natu35 Me sinto satisfeito com as visitas domiciliares realizadas.	2,420	2	85	,950
Natu36 Me sinto satisfeito com os grupos de atendimento realizados.	,015	2	85	,985
Integ37 Me sinto satisfeito com o relacionamento com os outros colegas do mesmo nível hierárquico.	2,851	2	85	,633
Integ38 Me sinto satisfeito com o relacionamento com o seu superior.	3,753	2	85	,274
Integ39 Me sinto satisfeito com o relacionamento com funcionários de outros setores ou departamentos.	1,394	2	85	,254
Utili40 Me sinto satisfeito com o grau de independência na realização de minhas atividades dentro da organização.	2,004	2	85	,141
Utili41 Me sinto satisfeito com a quantidade de informações que tenho acesso para a realização do seu trabalho.	,239	2	85	,788
Trab42 Me sinto satisfeito com o grau do impacto causado pela atividade exercida por mim dentro e fora da organização.	,612	2	85	,545
Trab43 O trabalho me traz preocupações e aborrecimentos.	1,476	2	85	,234
Trab44 Meu trabalho influencia minha vida familiar.	2,333	2	85	,103
Trab45 Levo trabalhos para finalizar em casa.	,080	2	85	,923
VD46 Me sinto realizado(a) em prestar atendimento assistencial aos usuários desta UBS.	1,487	2	85	,232
VD47 Habitualmente desenvolvo estratégias para alcanças minhas metas de atendimento.	,782	2	85	,461
VD48 Normalmente, considero-me uma pessoa com grande motivação no trabalho.	,004	2	85	,996
VD49 Identifico-me com a função que desempenho na UBS.	,200	2	85	,819
VD50 Sinto que meus conhecimentos são determinantes no papel que desempenho dentro do serviço de saúde pública.	1,437	2	85	,243

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.3.3 Verificação da Normalidade

Foi analisada a normalidade das distribuições das variáveis por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (Hair Júnior *et al.*, 2009), utilizando os parâmetros citados por (Field, 2009), sendo ( $p > 0,05$ ) para uma distribuição normal e ( $p < 0,05$ ) no caso da distribuição não normal (Field, 2009). Conforme apresentado na Tabela 12, nenhuma variável apresentou distribuição normal. Contudo, como não há indicação de desvios policlóricos (dada as diferenças extremas serem menores que 0,50), precedeu-se a análise dos dados por meio da regressão linear múltipla.

Tabela 12 – Verificação de normalidade

	N	Parâmetros		Diferenças extremas			Kolmogorov-Smirnov Z	p-value
		Média	Desvio Padrão	Absoluta	Positiva	Negativa		
Envol1 A organização onde trabalho procura conhecer minhas competências para definir minhas atividades.	88	3,330	1,0583	,185	,179	-,185	1,731	,005
Envol2 Na organização onde trabalho as minhas sugestões / reclamações são consideradas.	88	3,034	1,4097	,276	,155	-,276	2,590	,000
Envol3 A organização onde trabalho costuma me tratar com respeito e atenção.	88	3,739	,9648	,198	,198	-,186	1,862	,002
Trei4 A organização onde trabalho investe no meu desenvolvimento, viabilizando a minha participação em eventos externos (como congressos, seminários etc).	88	4,011	1,0880	,273	,182	-,273	2,559	,000
Trei5 A organização onde trabalho me faz participar de treinamentos externos e palestras par o meu aprimoramento profissional.	88	3,852	1,1197	,234	,186	-,234	2,192	,000
Cond6 A organização onde trabalho preocupa-se com a minha saúde e bem-estar no trabalho (por meio de local arejado, boa iluminação, instalações confortáveis, programas de qualidade de vida, programa de prevenção de doenças e estresse no trabalho, centrais de atendimento)	88	2,034	1,1492	,248	,248	-,184	2,324	,000
Cond7 A organização onde trabalho fornece os materiais, equipamentos e tecnologia adequados ao desempenho eficaz de minha função.	88	1,932	1,0912	,258	,258	-,197	2,420	,000
Cond8 Na organização a quantidade de profissionais na equipe NASF é o suficiente para atender à demanda de trabalho.	88	1,795	1,2145	,357	,357	-,256	3,353	,000
Recom9 A organização onde trabalho me fornece remuneração compatível com as minhas competências e formação/escolaridade.	88	3,114	1,2543	,188	,188	-,135	1,761	,004
Recom10 A organização onde trabalho possui um plano de carreira/progressão funcional claramente definido e conhecido por todos.	88	2,023	1,2408	,295	,295	-,205	2,768	,000
Recom11 Me sinto satisfeito com o resultado do meu trabalho.	88	3,739	,8373	,259	,207	-,259	2,429	,000
Recom12 Há reconhecimento do paciente pelo atendimento prestado.	88	3,818	1,0564	,318	,170	-,318	2,986	,000
Apoio13 O chefe elogia quando o funcionário faz um bom trabalho.	88	3,500	1,4304	,216	,182	-,216	2,028	,001
Apoio14 O funcionário pode contar com o apoio do chefe.	88	3,761	1,3130	,259	,194	-,259	2,430	,000
Apoio15 A maneira como seu chefe faz considerações e observações sobre seu trabalho e sua produtividade lhe causa constrangimento ou outro transtorno perante seus colegas de trabalho.	88	2,534	1,4618	,251	,251	-,240	2,352	,000
Apoio16 O diálogo é utilizado como a principal ferramenta para resolver os problemas na organização.	88	3,830	1,3062	,256	,185	-,256	2,406	,000

Ambi17 Os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas.	88	1,977	1,1139	,276	,276	-,190	2,587	,000
Ambi18 Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a saúde do empregado na organização.	88	2,045	1,1235	,278	,278	-,176	2,613	,000
Ambi19 A estrutura física é adequada para o atendimento aos pacientes.	87	1,862	1,0694	,284	,284	-,210	2,651	,000
Cont20 Esta organização exige que as tarefas sejam feitas dentro do prazo previsto.	88	4,102	1,0725	,265	,201	-,265	2,482	,000
Cont21 A frequência dos funcionários é controlada com rigor por esta empresa.	88	4,000	1,2318	,257	,208	-,257	2,415	,000
Coe22 Nesta organização os colegas auxiliam um novo funcionário em suas dificuldades.	88	3,716	1,1442	,246	,172	-,246	2,306	,000
Coe23 Nesta organização existe cooperação entre os colegas.	88	3,716	1,1739	,232	,144	-,232	2,176	,000
Coe24 Me relaciono bem com os colegas de trabalho.	88	4,125	1,0593	,284	,204	-,284	2,666	,000
Coe25 Sou bem tratado pelos profissionais das equipes de saúde da família.	88	3,432	1,4447	,255	,139	-,255	2,394	,000
Coe26 Sou bem tratado pela gerência da UBS.	88	3,773	1,3367	,272	,179	-,272	2,552	,000
Remu27 Nesta organização meu salário é compatível com o quanto eu trabalho.	88	3,136	1,1956	,238	,238	-,208	2,234	,000
Remu28 Nesta organização meu salário é compatível ao meu custo de vida.	88	2,784	1,0981	,217	,217	-,139	2,035	,001
Promo29 Nesta organização tenho oportunidades de ser promovido ou ter ascensão nesta empresa.	88	2,261	1,2730	,248	,248	-,161	2,328	,000
Promo30 Nesta organização concordo com a maneira como são realizadas as promoções dos trabalhadores.	88	2,364	1,2147	,199	,199	-,166	1,864	,002
Natu31 Sou satisfeito com o grau de interesse que minhas tarefas despertam.	88	3,466	1,1837	,276	,176	-,276	2,592	,000
Natu32 A Rede de Atenção à Saúde possuiu ofertas de serviços para o encaminhamento dos pacientes quando necessário.	88	2,398	1,1299	,240	,240	-,126	2,250	,000
Natu33 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com outros profissionais NASF.	88	3,852	1,1197	,234	,163	-,234	2,192	,000
Natu34 Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com médicos e enfermeiros ESF.	88	2,523	1,3474	,200	,200	-,170	1,879	,002
Natu35 Me sinto satisfeito com as visitas domiciliares realizadas.	88	3,761	1,0283	,262	,158	-,262	2,460	,000
Natu36 Me sinto satisfeito com os grupos de atendimento realizados.	88	4,034	,8087	,335	,267	-,335	3,147	,000
Integ37 Me sinto satisfeito com o relacionamento com os outros colegas do mesmo nível hierárquico.	88	4,011	,8905	,219	,167	-,219	2,053	,000
Integ38 Me sinto satisfeito com o relacionamento com o seu superior.	88	3,761	1,3476	,264	,179	-,264	2,478	,000

Integ39 Me sinto satisfeito com o relacionamento com funcionários de outros setores ou departamentos.	88	3,318	1,4105	,254	,132	-,254	2,381	,000
Utili40 Me sinto satisfeito com o grau de independência na realização de minhas atividades dentro da organização.	88	3,489	1,2502	,261	,213	-,261	2,448	,000
Utili41 Me sinto satisfeito com a quantidade de informações que tenho acesso para a realização do seu trabalho.	88	3,284	1,0389	,232	,187	-,232	2,175	,000
Trab42 Me sinto satisfeito com o grau do impacto causado pela atividade exercida por mim dentro e fora da organização.	88	3,716	,8570	,232	,196	-,232	2,178	,000
Trab43 O trabalho me traz preocupações e aborrecimentos.	88	3,841	1,1928	,235	,166	-,235	2,203	,000
Trab44 Meu trabalho influencia minha vida familiar.	88	3,386	1,2724	,242	,135	-,242	2,270	,000
Trab45 Levo trabalhos para finalizar em casa.	88	3,273	1,5442	,198	,159	-,198	1,856	,002
VD46 Sinto-me realizado(a) em prestar atendimento assistencial aos usuários desta UBS.	88	3,352	1,1846	,219	,123	-,219	2,055	,000
VD47 Habitualmente desenvolvo estratégias para alcanças minhas metas de atendimento.	88	3,341	1,1335	,174	,164	-,174	1,633	,010
VD48 Normalmente, considero-me uma pessoa com grande motivação no trabalho.	88	3,648	1,0399	,212	,154	-,212	1,990	,001
VD49 Identifico-me com a função que desempenho na UBS.	88	3,898	,7884	,236	,236	-,188	2,216	,000
VD50 Sinto que meus conhecimentos são determinantes no papel que desempenho dentro do serviço de saúde pública.	88	4,170	,7147	,242	,242	-,229	2,270	,000

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.3.4 Correlação Bivariada

A correlação de Spearman mostrou que todas as correlações são positivas e estatisticamente significativas entre a variável dependente e as cinco variáveis independentes. Nota-se uma correlação positiva perfeita, estatisticamente significativa entre as variáveis dependente Motivação e a variável independente Políticas de Gestão de Pessoas. Em relação às variáveis dependentes Motivação e às variáveis independentes Satisfação no Trabalho e Clima Organizacional avaliam-se correlações positivas consideradas fortes estatisticamente significantes entre as variáveis.

Já a relação entre a variável Qualidade de Vida no Trabalho e Motivação em prestar assistência aos usuários dos serviços de saúde apresentam correlação positiva, porém fraca e estatisticamente insignificante entre as variáveis. As correlações entre as variáveis dependentes e independentes estão expressas na Tabela 13.

Tabela 13 – Correlação Bivariada entre as variáveis dependentes e independentes

			1	2	3	4	5
Spearman's rho	1 - Política_de_Gestão_de_Pessoas	Correlation Coefficient	1,000	,868	,839	,612	,154
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,153
		N	88	88	88	88	88
	2 - Clima_Organizacional	Correlation Coefficient	,868	1,000	,840	,623	,214
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,046
		N	88	88	88	88	88
	3 - Satisfação_no_trabalho	Correlation Coefficient	,839	,840	1,000	,711	,215
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,045
		N	88	88	88	88	88
	4 - Qualidade_de_vida_no_trabalho	Correlation Coefficient	,612	,623	,711	1,000	,151
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,161
		N	88	88	88	88	88
	5 - Motivação_em_prestar_assistência	Correlation Coefficient	,154	,214	,215	,151	1,000
		Sig. (2-tailed)	,153	,046	,045	,161	.
		N	88	88	88	88	88

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

### 4.3.5 Regressão linear

#### 4.3.5.1 Model Summary

O valor obtido pelo  $r^2$  ajustado demonstra que as cinco variáveis independentes conseguem explicar em média 58,4% da variação da variável dependente em prestar assistência, conforme demonstrado na Tabela 14.

Tabela 14 – **Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,705	,516	,584	,62305

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.3.5.2 ANOVA

A Anova, em uma regressão, indica que há variáveis (independentes) significantes para explicar a variação da variável dependente. Na Tabela 15, são apresentados os dados da ANOVAb.

Tabela 15 – **ANOVA**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,751	4	,438	2,128	,035
	Residual	32,220	83	,388		
	Total	33,971	87			

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

#### 4.3.5.3 Coeficientes

Equação para prever a variável motivação:

$y$  = motivação em prestar assistência

$\alpha$  = intercepto da regressão

$\beta_1$  = políticas de gestão de pessoas

$\beta_2$  = clima organizacional

$\beta_3$  = satisfação no trabalho

$\beta_4$  = qualidade de vida no trabalho

$\beta_5$  = clima de trabalho em equipe

Então:

Motivação = 2,939 + 0,149\*Política de gestão de pessoas + 0,185\*Clima organizacional + 0,138\*Satisfação no trabalho + 0,137\*Clima de trabalho em equipe +  $\varepsilon$

As variáveis independentes que explicam significativamente a motivação em prestar assistência são as variáveis que apresentaram valor menor ou igual a 0,05 foi Políticas de Gestão de Pessoas e Clima de Trabalho em Equipe. A variável independente que apresenta maior poder de explicação da variável dependente foi a variável Política de Gestão de Pessoas, pois apresentou maior valor na estatística t (2,74) e maior valor no B padronizado (0,37), conforme apresentado na Tabela 16.

Tabela 16 – Coeficientes

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	2,939	,582		5,046	,000
	Política de Gestão de Pessoas	,149	,200	,376	2,747	,046
	Clima Organizacional	,185	,217	,295	1,851	,084
	Satisfação no Trabalho	,138	,190	,167	1,973	,095
	Qualidade Vida no Trabalho	,045	,211	,031	,214	,831
	Clima de Trabalho em Equipe	,137	,113	,235	2,212	,023

Fonte: dados da pesquisa, programa SPSS V18,0.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este trabalho objetivou identificar os aspectos antecedentes os quais afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde. O primeiro construto analisado foram as Políticas de Gestão de Pessoas em seus locais de trabalho considerando a variável envolvimento.

Mathis & Jackson, (2008) atestam que para envolver é preciso haver um reconhecimento da pessoa pelos seus gerentes e colegas. Na visão de Guest (1989), uma boa política de envolvimento deve abranger programas de reconhecimento, comunicação livre e eficaz com os empregados no sentido de troca de informações importantes para o desempenho bem como para o envolvimento na tomada de decisões e soluções de problemas. Este estudo indica que a média de motivação dos profissionais NASF em relação ao envolvimento foi de 3,37. Com este resultado, nota-se que os profissionais não concordam nem discordam das afirmativas sobre como as instituições procuram conhecer suas competências para definir suas tarefas, consideram suas reclamações e sugestões, assim como o tratamento, referindo-se a respeito e atenção como idealiza (Dessler, 2013).

Nas análises sobre a variável treinamento, desenvolvimento e educação é possível observar que a média dos respondentes é de 3,93 indicando que concordam um pouco com as afirmativas as quais se referem ao investimento da organização no desenvolvimento profissional, visando à participação do profissional em eventos externos como congressos e seminários, treinamento e palestras, o que indica que as instituições oferecem ou facilitam a participação dos profissionais em eventos de capacitação. Para Oliveira-Castro, Pilati & Borges-Andrade (1999), quando a instituição oferta capacitação aos seus profissionais foca em eventos de aprendizagem que capacitam os profissionais para atuarem em novos postos de trabalho em um futuro próximo (visão mais abrangente e menos imediatista), também apresentando a formação dos profissionais como um conceito mais generalizado de aprendizagem que propicia o amadurecimento e crescimento individual de forma ampla, sem visar um cargo em especial. Vale destacar que as capacitações e treinamentos oferecidos os profissionais NASF tem por objetivo potencializarem sua prática assistencial, melhorando e potencializando o atendimento oferecido aos usuários.

Na variável condições de trabalho, evidenciou-se que as condições não propiciam a realização do trabalho com segurança e qualidade. Mathis & Jackson (2008) atestam que boas condições de trabalho se traduzem nas práticas de recompensas indiretas como planos de

saúde estendidos à família dos profissionais, seguro de vida, auxílio creche, plano de benefícios promovedores do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, medidas preventivas de acidentes e doenças ocupacionais.

Os profissionais NASF atribuíram média 1,92 para as condições de trabalho ao levarem em consideração que as instituições não se preocupam com a saúde e bem-estar dos profissionais ao não oferecer um local com boas condições para o exercício laboral como um ambiente arejado, com boa iluminação, instalações confortáveis, programas de qualidade de vida e de prevenção de doenças e de estresse no trabalho através de programas de atendimento aos profissionais. Não há materiais e equipamentos de tecnologia adequados, bem como a quantidade de profissionais é insuficiente para a demanda.

Parte das más condições de trabalho se explica pela idade e estrutura física arquitetônica das unidades de saúde. Muitas foram construídas há décadas quando o modelo assistencial oferecido era outro e com a chegada da ESF e posteriormente das equipes NASF, os prédios passaram a não comportar com conforto todos os profissionais e programas os quais foram surgindo. Outro fator também é de que muitas unidades de saúde, originalmente foram construídas para serem residências, associações de moradores ou outros espaços e ao serem adaptados para se tornarem em unidades de saúde não conseguiram ofertar o conforto necessário para o bom atendimento aos usuários e para o desenvolvimento do trabalho como consultórios pequenos, falta de espaços para reuniões e realização de grupos e salas administrativas apertadas, entre outras questões resultando em muitas pessoas para pouco espaço.

No tocante às recompensas, entende-se que as financeiras incluem salários competitivos e diferenciados por escolaridade, desempenho, habilidades e a existência de um plano de carreiras. Resultados apresentados neste estudo para a variável recompensas obteve média de 3,17, sugerindo que talvez as instituições não tenham uma política de recompensas ou que a mesma não é identificada com clareza pelos profissionais.

Kalinowski (2000) discute que o trabalho está ligado ao retorno financeiro e melhores condições de sobrevivência e ainda que é através do labor que se consegue a realização e satisfação pessoal, a busca pela felicidade e o preenchimento da vida com atos significativos para si e para os outros. Por outro lado, Vieira *et al.* (2017) contrapõem com a ideia de que não se pode restringir a dignificação do trabalho exclusivamente às questões salariais, embora sejam questões cruciais.

Também é importante considerar a existência de um plano de carreira envolvendo salário e outras condições de trabalho. Vieira *et al.* (2017), ao pesquisar planos de carreira

cargos e salários junto aos gestores de secretarias estaduais e municipais de saúde, identificaram que uma das principais queixas se referem aos baixos salários, embora os gestores avaliem como positivo a existência de um plano de carreira de conhecimento de todos.

O construto de Clima Organizacional fornece subsídios para afirmar que o clima de trabalho é formado por um conjunto de componentes básicos, como afirmam Martins *et al.*, (2004), na contribuição e validação da escala de medida organizacional, na qual a análise dos itens da escala construída revelou que o clima é percebido pelos membros da organização com base no comportamento dos colegas e da chefia, bem como a outros indicadores da cultura organizacional. Assemelha-se ao presente estudo onde a média de motivação dos profissionais em relação ao apoio da chefia é de 3,41, quando se trata dos elogios que a chefia realiza aos profissionais, o apoio que o profissional encontra no chefe, a maneira como o chefe faz considerações sobre o trabalho desenvolvido e o uso do diálogo como a principal ferramenta para a resolução de conflitos, o que corrobora com as ideias de Toro (2001) as quais elucidam consistir clima o organizacional em percepções compartilhadas.

Ainda sobre o clima organizacional, os profissionais NASF apontaram como média 1,96 para o ambiente físico se referindo a estrutura física inadequada para a realização do trabalho e o atendimento aos pacientes. Resultado semelhante, foi observado por Maissiat *et al.* (2015), com profissionais da atenção básica em um município do interior do Rio Grande do Sul os quais consideraram as condições de trabalho críticas principalmente no concernente ao mobiliário inadequado, excesso de barulho, falta de instrumentos e de materiais, que na ocasião fez uso da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho. Para os profissionais de saúde conseguirem atender às necessidades dos usuários, é necessário terem condições de trabalho adequadas e uma cultura organizacional livre de retaliações (Tambasco *et al.*, 2017).

Satisfação no Trabalho pode ser motivo de satisfação ou insatisfação (Bordignon, Monteiro, *et al.*, 2015; Bordignon, Ferraz, *et al.*, 2015). Neste construto, Coelho Junior & Faiad (2012), apresentam a importância de se mensurar a satisfação no trabalho por meio de uma escala de validação. Tal estudo colaborou para fomentar a importância de se mensurar o nível de satisfação dos profissionais NASF, pois as dimensões avaliadas proporcionaram melhor compreensão sobre a remuneração, as promoções e a natureza do trabalho.

Sobre a variável remuneração, nota-se que a média de motivação foi de 2,96 no tocante à compatibilidade entre salário e o trabalho realizado e entre o salário e o custo de vida do profissional. Coelho Junior & Faiad (2012) dizem que a satisfação no trabalho conta com a percepção de fatores extrínsecos e o salário é um deles. Também fica clara a ideia de

que a política de promoções quando apresentada de forma transparentes para os profissionais é um fator de motivação, porém a média dos profissionais NASF para a variável promoções foi de 2,31, indicando que estes profissionais não identificam chances de promoção na carreira em suas instituições.

A variável natureza do trabalho permitiu observar uma média de 3,34 indicando que os profissionais não concordam nem discordam sobre o grau de interesse despertado por suas atividades, sobre a oferta de serviços na rede de saúde para o encaminhamento dos pacientes, os atendimentos compartilhados com outros profissionais NASF ou com outros profissionais das equipes de saúde da família, com as visitas domiciliares ou com os grupos realizados. Estes resultados sugerem que os profissionais perderam sua motivação nestas atividades realizando-as apenas pela obrigação imposta pelo serviço (Coelho Junior & Faiad, 2012). É importante salientar ser a satisfação no trabalho fundamental para um bom clima de trabalho em equipe (Charantola Silva *et al.*, 2016).

No campo da satisfação, pontua-se ainda o relacionamento com o paciente e seus familiares como algo positivo e como negativo os aspectos do ambiente e as condições laborais, as quais listamos no construto *Clima Organizacional* com destaque para a sobrecarga de trabalho (Bordignon, Ferraz, *et al.*, 2015; Bordignon, Monteiro, *et al.*, 2015).

O construto *Clima de Trabalho em Equipe* ponderou a coesão entre os colegas, considerando o quanto um novo profissional se sente acolhido, a cooperação, o bom relacionamento e o tratamento recebido, obtendo média de 3,75 e indicando que talvez haja o que melhorar nas relações interpessoais. A relação com os colegas foi apresentada como fundamental por Oliveira e Costa, (2016) para a plena realização dos trabalhos realizados por voluntários na ocasião dos Jogos Pan-Americanos do Rio de Janeiro em 2007, pois sendo a atividade voluntária ou remunerada é necessário dedicação para a sua realização e o apoio dos colegas se mostra fundamental, principalmente na acolhida aos profissionais sem experiência na função.

Outro fator importante a ser discutido quando se trata de trabalho em equipe é o quanto a equipe é capaz de trabalhar com os objetivos e meios comuns por eles decididos ou simplesmente acatando os objetivos impostos pela hierarquia da gestão (Charantola Silva *et al.*, 2016). Lembrando a lógica do apoio matricial oferecido pelo NASF, o trabalho em equipe vem a contribuir, pois o envolvimento dos funcionários promove a integração e a contribuição a melhora no atendimento. A interação dos membros permite a união de esforços, o surgimento de ideias e a realização de atividades com um alto desempenho (Wegner *et al.*, 2018).

O construto de Qualidade de Vida no Trabalho apresentou as variáveis integração social, utilização da capacidade humana, trabalho e espaço de vida e teve como médias respectivamente 3,70; 3,39; 3,55. Quanto melhor a qualidade de vida ofertada ao profissional em seu ambiente de trabalho, melhor será sua saúde e conseqüentemente menores os afastamentos por licença médica (Tambasco *et al.*, 2017). Em equipes de enfermagem da ESF de Minas Gerais a QVT tem afetado negativamente sua saúde, resultando em afastamento do trabalho (Zavala *et al.*, 2016).

Levando em consideração a cobrança da sociedade pela valorização do ser humano, muitas organizações passaram a desenvolver um novo modelo de gestão, apostando no equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, intelectual, ocupacional e espiritual de seus colaboradores. Buscam, com isso, implementar condições que agreguem capacidade criativa, potencial e motivacional do colaborador, visando a QVT dos mesmos (Klein *et al.*, 2017). Os mesmo autores, ao pesquisarem a qualidade de vida dos servidores de uma instituição pública de ensino superior, concluíram que em uma escala de 0 a 10, a QVT recebeu média 6,5 se mostrando mediana e corroborando com esta pesquisa, pois mesmo que as unidades de saúde sejam administradas por OSS sem fins lucrativos, o financiamento, as diretrizes e as fiscalizações são realizadas pelo poder público.

O nível de satisfação com o trabalho de profissionais de um Centro de Saúde Escola, identificou a importância da motivação para uma equipe multiprofissional que atua na APS, apresentando resultados os quais demonstram ser o domínio Relacionamento/Comunicação Vertical o mais valorizado. Assim, os níveis de satisfação e a importância resultante desse domínio sugerem mudanças na organização do trabalho, promovendo uma gestão mais participativa com o objetivo de propiciar a todos os profissionais a oportunidade de interagirem mais em atividades de criação e implantação de novos projetos (Tambasco *et al.*, 2017). O mesmo pode ser observado com as equipes NASF quando interagem com as equipes de saúde da família na elaboração de ações e projetos.

Todos os construtos analisados, foram apresentando o quanto os profissionais do NASF estão motivados ou não com o trabalho realizado, considerando diversas variáveis que vão interferir no atendimento assistencial ao paciente, indicando que quando as variáveis indicam boas condições de trabalho a motivação tende a aumentar, porém quando as variáveis indicam insatisfação a assistência oferecida ao paciente tende a recair. A uma análise semelhante chegou a validação da Escala de Paixão pelo Trabalho ao mostrar as correlações positivas ou negativas com atitudes e sentimentos positivos ou negativos em relação ao trabalho. (Pereira, Ferreira, & Valentini, 2018)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este capítulo apresenta as considerações acerca do estudo realizado, destacando as conclusões do estudo, suas contribuições teórico científicas, para a gestão e as limitações e sugestões de pesquisas futuras.

### 6.1 CONCLUSÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa teve por objetivo identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde.

Este estudo se iniciou com a revisão teórica da literatura, descrevendo sobre os temas envolvidos, como as Redes de Atenção à Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Qualidade e Avaliação nos Serviços de Saúde, os quais embasavam as variáveis independentes estudadas como Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional, Satisfação no Trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho e Clima de Trabalho em Equipe.

Em seguida, foi elaborado o questionário de pesquisa, com 50 questões para medir a satisfação dos profissionais do NASF e como ela pode comprometer a assistência aos usuários, respondido por 88 profissionais das 06 Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Norte.

Observa-se ampla literatura brasileira sobre o tema da motivação em diversas áreas, inclusive nos serviços de saúde; porém, ao mesmo tempo, identificou-se como é escassa a produção de pesquisas sobre o NASF, principalmente pesquisas as quais tiveram como objetivo ouvir os profissionais e suas relações e percepções com o trabalho executado diariamente.

Para atingir os objetivos deste estudo, o questionário de pesquisa foi construído com base em Martins *et al.*, (2004); Coelho Junior e Faiad, (2012); Fiuza, (2008); Freitas e de Souza, (2009); Charantola Silva *et al.*, (2016); Ferreira *et al.*, (2006), pois todos eles apresentam sustentação teórica para testar as hipóteses inicialmente formuladas.

A pesquisa empírica, de caráter descritiva-quantitativa, permitiu traçar um perfil dos profissionais respondentes com as características apresentadas a seguir. Os dados do levantamento revelaram uma divisão da amostra por sexo (92,2% feminino e 6,8%

masculino); idade (mediana de 38,56 anos); por estado civil (50% são casados); por nível educacional (85,2% apresentam no mínimo o nível de pós-graduação *Latu sensu*).

A profissão a qual mais se estacou entre os respondentes foi a Fisioterapia com 21,6%, seguido da Assistência Social e Fonoaudiologia, 14,8% cada. Os profissionais que compõem as equipes NASF pesquisadas, em média concluíram sua graduação há 13,43 anos e há 8 anos trabalham no SUS, sendo parte da atual equipe NASF há uma média de 3 anos.

A regressão linear utilizada mostrou que as variáveis independentes mais motivadoras para os profissionais em prestar assistência aos usuários foram Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional e Clima de Trabalho em Equipe, enquanto que as variáveis independentes que menos motivam foram Satisfação no Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho.

Levando em conta os modelos propostos e os testes utilizados para a validação dos construtos das variáveis dependentes e independentes, tendo por base o percurso metodológico adotado para atingir os objetivos, chegou-se às seguintes considerações:

**a. Objetivo geral: Identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde.**

O questionário utilizado no levantamento realizado com os respondentes detalhou construtos os quais podem afetar a motivação dos profissionais em prestar a assistência aos usuários dos serviços de saúde, apresentando diversas afirmações sobre sua rotina de trabalho ou situações que possam nele interferir, através das variáveis independentes de envolvimento, treinamento, desenvolvimento e educação, condições de trabalho, recompensas, apoio da chefia, ambiente físico, controle-pressão, coesão entre os colegas, remuneração, promoção, natureza do trabalho, integração social, utilização da capacidade humana e trabalho e espaço de vida, comparadas com a variável dependente motivação em prestar assistência. Foi possível concluir após a análise dos resultados que os construtos os quais mais influenciam a motivação de maneira positiva foram Satisfação no Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho e de maneira negativa Políticas de Gestão de Pessoas, Clima Organizacional e Clima de Trabalho em Equipe. Assim, o objetivo geral deste estudo pode ser considerado como atingido.

**b. Objetivo específico I: Identificar como os profissionais do NASF avaliam as Políticas de Gestão de Pessoas em seus locais de trabalho.**

Ao identificar a maneira negativa como os profissionais do NASF avaliam as Políticas de Gestão de Pessoas em seus locais de trabalho, a **H1** não foi confirmada, ou seja, a percepção das Políticas de Gestão de Pessoas das instituições por parte dos profissionais não interfere positivamente na motivação.

**c. Objetivo específico II: Verificar como o Clima Organizacional interfere no ambiente de trabalho dos profissionais NASF.**

O Clima Organizacional é visto como positivo quanto ao apoio da chefia, porém muito ruim em relação ao ambiente físico, quando consideradas as condições de equipamentos e instalações necessárias para atender aos pacientes. Neste sentido, a **H2** não se confirma, pois o Clima Organizacional é um dos fatores que diminuem a motivação dos profissionais na prestação da assistência ao usuário.

**d. Objetivo específico III: Avaliar como o Clima de Trabalho em Equipe interfere nas relações de trabalho dos profissionais NASF.**

O Clima de Trabalho em Equipe foi identificado como negativo quanto ao auxílio oferecido aos novos colegas, a cooperação e ao relacionamento no trabalho, bem como o tratamento recebido pelos profissionais das equipes de saúde da família e o próprio tratamento dado pela gerência da UBS, o que refuta a **H5** de que quanto melhor o Clima de Trabalho em Equipe, melhor seria a motivação da equipe NASF em prestar boa assistência aos usuários do serviço de saúde.

**e. Objetivo específico IV: Mensurar o nível de Satisfação no Trabalho dos profissionais NASF.**

A análise dos resultados indica que os profissionais NASF são satisfeitos com o trabalho realizado, confirmando assim a **H3**, afetando positivamente na assistência prestada ao usuário.

**f. Objetivo específico V: Identificar como o trabalho interfere na qualidade de vida dos profissionais NASF.**

A **H4** é confirmada neste construto o qual mede a Qualidade de Vida no Trabalho, pois a integração social, a utilização da capacidade humana e o impacto que a atividade realizada causa dentro e fora da Instituição influenciam de forma positiva a Qualidade de Vida no Trabalho, resultando em boa assistência oferecida aos usuários do serviço de saúde.

A identificação dos construtos e variáveis que afetam mais ou menos a motivação dos profissionais é importante para entender e organizar as rotinas de trabalho e buscar as adequações necessárias para o profissional ter prazer e as condições necessárias em realizar suas atividades, resultando assim em boa assistência aos usuários dos serviços de saúde, consequentemente aumentando a efetividade e resolutividade em sua prática assistencial.

## 6.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO/CIENTÍFICAS

A motivação em desenvolver determinada atividade é um tema muito pesquisado no Brasil e no exterior, compreender o que é motivação para um estudante, um trabalhador, um artista ou qualquer outro profissional é fundamental para auxiliar o trabalhador a atingir seu objetivo, seja pessoal ou na esfera profissional. Embora a motivação e a satisfação sejam temas recorrentes na literatura científica sobre processos de gestão, inclusive quando ligados aos serviços de saúde, sua relação com os NASF ainda é muito tímida e carece de contribuição acadêmica para melhor entendimento. Criado há pouco mais de 10 anos, ainda é preciso muitas pesquisas sobre o NASF para entender melhor sua forma de trabalho, seu impacto no atendimento assistencial e suas potencialidades, para além dos protocolos do Ministério da Saúde e uma importante contribuição é saber o que motiva ou não estes profissionais e como isso vai interferir na qualidade do atendimento prestado ao usuário, de modo a potencializar a efetividade e a resolutividade dos atendimentos realizados. Logo, a primeira contribuição deste estudo foi identificar as variáveis dependentes e independentes que interferem na motivação dos profissionais do NASF.

A segunda contribuição é referente ao estudo dos construtos utilizados nesta pesquisa para uma equipe multiprofissional de atuação nos serviços de Atenção Primária à Saúde, pois até então os estudos de motivação estão direcionados para categorias médicas ou de enfermagem ou ainda sobre a satisfação dos usuários com determinado serviço.

Ainda, este estudo apresenta uma terceira contribuição: a elaboração de um questionário para medir a motivação dos profissionais o qual poderá ser utilizado para aplicação em outras equipes NASF ou servir de base para a elaboração de novos instrumentos, seja para profissionais dos serviços de saúde ou de outros setores, já que diversas afirmativas do questionário podem ser adaptadas a novos estudos sobre gestão nos mais variados segmentos da economia.

### 6.3 CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO

Transformando em ação prática os princípios do SUS da Universalidade, Integralidade e Equidade, a atuação de uma equipe NASF traduz estes conceitos em realidade na prestação de assistência ao usuário. Para tanto é importante compreender o que pensam estes profissionais sobre sua prática assistencial como bem fez este estudo.

As Políticas de Gestão de Pessoas devem ser consideradas pela organização como as oportunidades de treinamento e capacitação ofertadas aos profissionais para se sentirem estimulados e valorizados. As condições de trabalho ofertadas incluindo as instalações, os equipamentos e a quantidade de profissionais por equipe para atender à demanda do serviço e o quanto os profissionais são recompensados financeiramente e reconhecidos pelos pacientes. Ao procurar ajustar estas questões ao mais próximo possível do desejado pelos profissionais, sem dúvida, haverá melhora no atendimento assistencial oferecido ao usuário.

As chefias podem utilizar os resultados deste estudo para refletirem sobre a forma como estão se relacionando com seus subordinados, o quanto sua forma de gestão de equipe gera mais ou menos pressão aos profissionais, deixando-os mais ou menos confortáveis para a execução do trabalho.

Conhecer a coesão entre os colegas se mostra necessária para organizar as atividades realizadas. Pensando nos profissionais NASF que atuam em muitas situações com equipes de referência, nas quais dois profissionais NASF se tornam referência para as equipes de saúde da família, saber como funciona esse relacionamento interpessoal é fundamental para a organização das duplas e as equipes de saúde da família as quais serão apoiadas, de modo que as semelhanças pessoais e profissionais possam ser utilizadas a favor do serviço, aumentando assim a efetividade e resolutividade das ações.

A política de promoções e de remuneração da instituição, a oferta de serviços de apoio e as ações compartilhadas também devem ser conhecidas, bem como as questões de interação social, o acesso às informações e o quanto o trabalho impacta na vida das pessoas, pois

quando é necessário levar trabalho para ser finalizado em casa algumas hipóteses podem ser testadas: o profissional tem muito trabalho para realizar em pouco tempo, há muitas interferências e interrupções ao longo do dia ou ele não gerencia adequadamente seus processos de trabalho, sendo necessário concluir o trabalho em casa.

É importante que a instituição e as chefias tenham clareza do que motiva ou não seus trabalhadores, pois saber o que satisfaz mais ou menos um profissional é fundamental para a organização do trabalho. Considerando os serviços de saúde, ambiente de contínuo estresse, ter profissionais motivados pode diminuir o índice de licenças médicas, conflitos entre equipes, reclamações realizadas pelos pacientes e até o mesmo índice de absenteísmo, pois quando o Clima Organizacional e as Políticas de Gestão de Pessoas geram bons ambientes de trabalho reduz-se inclusive a rotatividade dos profissionais daquela instituição.

Enquanto priorização na aplicação de investimentos, deve se dar atenção especial ao construto de Qualidade de Vida no Trabalho, pois suas variáveis de integração social, utilização da capacidade humana, segurança e saúde nas condições de trabalho, trabalho e espaço de vida e compensação justa e adequada apresentam pouca relação com a motivação em prestar assistência, sendo necessário investir nesses aspectos.

#### 6.4 LIMITAÇÕES ESTUDO

A primeira limitação se refere à aplicação da pesquisa quantitativa, uma vez que a seleção dos respondentes não resultou de uma amostra aleatória e, sim, de uma escolha por conveniência da pesquisadora. Essa condição implica que a amostra não permite realizar generalizações dos achados da pesquisa empírica, os quais devem ficar restritos ao âmbito da própria amostra. Foi fator limitante também a dimensão territorial da CRS Norte e as dificuldades de acesso às equipes, não sendo possível realizar retornos, pois o questionário foi aplicado aos profissionais presentes no dia e horário marcado com os coordenadores das equipes, não sendo possível aplicar a pesquisa aos profissionais que na ocasião estavam em férias, licenças médicas ou em atividades externas ou atendimentos. Desta forma, algumas equipes não foram representadas em sua completude na amostra.

O horário agendado também se mostrou fator de limitação principalmente para Fisioterapeutas e Assistentes Sociais, pois cada um cumpre carga horária de 20 e 30 horas semanais respectivamente, ou seja, dependendo dos horários que a visita da pesquisadora foi agendada na UBS estes profissionais já teriam terminado e ainda não iniciado sua jornada de trabalho, já que normalmente cumprem de 04 a 06 horas diárias de trabalho.

Outra provável limitação foi a delimitação do cenário da pesquisa, equipes NASF da CRS Norte, que apresenta suas especificidades quanto ao território, perfil epidemiológico e demográfico diferente de outras regiões da cidade e também as limitações quando se referem às diferentes formas de gestão das OSS – Organizações Sociais de Saúde – atuantes no território.

Mesmo com as limitações apresentadas pelo estudo, considera-se que o mesmo agregou informações relevantes tanto para a academia quanto para o gerenciamento das equipes NASF.

## 6.5 SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS

O modelo proposto e confirmado, além de integrar as contribuições de diferentes autores, incorporou resultados de diferentes pesquisas quantitativas e reflexões críticas sobre as variáveis dependentes e independentes de motivação dos profissionais NASF, assim novas abordagens metodológicas poderão confirmar ou refutar os achados desta dissertação.

O estudo dos construtos e variáveis aqui apresentados não se limitam às questões de motivação, podendo ser utilizados para outras investigações, sejam elas no campo gerencial ou não. Visto que o estudo abordou exclusivamente profissionais NASF da CRS Norte, seria interessante que o mesmo seja replicado em outras CRS da cidade, em outras OSS, ou até mesmo nas mesmas OSS com atuação em outras CRS, de modo a verificar se os achados serão semelhantes ou não e o quanto os achados aqui apresentados podem refletir uma característica da CRS Norte ou de uma OSS em especial.

Outras abordagens importantes de serem realizadas se referem a como os profissionais das equipes de saúde da família identificam e reconhecem o trabalho executado pelo NASF, o quanto este trabalho colabora para a efetividade e resolutividade dos agravos do território e a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido.

Pensando em uma grande cidade como São Paulo, com diferentes características territoriais e perfis epidemiológicos, bem como diferentes processos de gestão adotados por cada OSS parceira, pesquisas sobre os modelos de atendimento e gerenciamento dos processos de trabalho do NASF seriam interessantes meios para buscar formatos de normatização e padronização das práticas adotadas.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153–164.
- Almeida, P. F. de, Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, & Escorel, S. (2010). Desafios a coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 286–298.
- Amaral, C. E. M., & Bosi, M. L. M. (2016). Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. *Revista de Saúde Pública*, 50(51), 1–6.
- Azevedo, B. D. S., Nery, A. A., & Cardoso, J. P. (2017). Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(1), 1–11.
- Batista, A. A. V., Vieira, M. J., Cardoso, N. C. dos S., & Carvalho, G. R. P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 85–91.
- Bordignon, M., Ferraz, L., Calomé Beck, C. L., Coelho Amestoy, S., & Lima Trindade, L. (2015). (In)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(3), 398–406.
- Bordignon, M., Monteiro, M. I., Mai, S., Martins, M. de F. da S. V., Rech, C. R. A., & Trindade, L. de L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 925–933.

- Bordin, D., Fadel, C. B., Moimaz, S. A. S., Garbin, C. A. S., & Saliba, N. A. (2017). Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 151–160.
- Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F. de, Martins, C. L., Mota, P. H. dos S., ... Paula, D. B. de. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas redes de saúde: perspectivas de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1141–1154.
- Braga, A. A., de Oliveira, C. M., & Siena, T. de M. (2011). Fatores e aspectos que impactam o trabalho em equipe. *Revista de Administração e Negócios da Amazônia*, 3(3), 50–65.
- Brasil. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Casa Civil. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências., Pub. L. No. 7.508 (2011).
- Brasil. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. (Vol. 1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (2017).
- Charantola Silva, M., Peduzzi, M., Sangaletti, C. T., Silva, D. da, Agreli, H. F., West, M. A., & Anderson, N. R. (2016). Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. *Revista de Saúde Pública*, 50(52), 1–10.
- Coelho Junior, F. A., & Faiad, C. (2012). Evidências de Validade da Escala de Satisfação no Trabalho. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 111–121.

- Demo, G., Fernandes, T., & Fogaça, N. (2017). A influência dos valores organizacionais na percepção de políticas e práticas de gestão de pessoas. *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, 1(86), 89–117.
- Demo, G., Fogaça, N., & Costa, A. C. (2018). Políticas e práticas de gestão de pessoas nas organizações: cenário da produção nacional de primeira linha e agenda de pesquisa. *Cadernos EBAPE.BR*, 16(2), 250–263.
- Deslandes, S. F. (1997). Concepções e pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1), 103–107.
- Dessler, G. (2013). *Human resource management* (15<sup>o</sup> ed). Boston: Pearson Education.
- Fadel, M. A. V., & Regis Filho, G. I. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), 7–22.
- Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M., & Valente, A. C. (2006). Construção e validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti). *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12(2), 187–198.
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. de, Biff, D., & Scherer, M. D. dos A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869–1878.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS* (2<sup>o</sup> ed). Porto Alegre: Artmed.
- Fiuza, G. D. (2008). Desenvolvimento e validação da Escala de Percepção de Políticas de Gestão de Pessoas (EPPGP). *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 9(6), 77–101.
- Freitas, A., & de Souza, R. (2009). Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. *Sistemas & Gestão*, 4, 136–154.

- Gonçalves, R. M. de A., Lancman, S., Sznelwar, L. I., Cordone, N. G., & Barros, J. de O. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 59–74.
- Guest, D. E. (1989). Human resource management and industrial relations. *Journal of Management Studies*, 24(5), 505–521.
- Hair Júnior, J., Black, W., Babim, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2009). *Análise multivariada de dados*. (6<sup>o</sup> ed). Porto Alegre: Bookman.
- Jesus, R. G., & Rowe, D. E. O. (2015). Percepção de políticas de gestão de pessoas e comprometimento organizacional: o papel mediador da percepção de justiça organizacional. *Tourism & Management Studies*, 11(2), 211–218.
- Kalinowski, C. E. (2000). *O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Klein, F. A., & Mascarenhas, A. O. (2016). Motivação, satisfação profissional e evasão no serviço público: o caso da carreira de especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. *Revista de Administração Pública*, 50(1), 17–39.
- Klein, L. L., Lemos, R. B., Pereira, B. A. D., & Beltrame, G. (2017). Qualidade de vida no serviço público: uma avaliação em uma instituição de ensino superior. *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, 23(spe), 317–344.
- Kotaka, F., Pacheco, M. L. R., & Higaki, Y. (1997). Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar do estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 171–177.
- Kurcgant, P., Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., Castilho, V., Machado, V. B., Pinhel, I., ... Silva, M. F. da. (2009). Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento

- de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 1168–1173.
- Kuschnir, R., & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2316–2316.
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867–874.
- Maissiat, G. da S., Lautert, L., Dal Pai, D., & Tavares, J. P. (2015). Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 42–49.
- Malhotra, N. K. (2012). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (6<sup>o</sup> ed). Bookman.
- Marques, A. L. N., Ferreira, M. B. G., Duarte, J. M. G., Costa, N. dos S., Haas, V. J., & Simões, A. L. de A. (2015). Quality of life and working context of nursing professionals of the Family Health Strategy. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(5), 672–681.
- Martins, L. G. T., Lacerda, J. T. de, Nickel, D. A., & Traebert, J. (2016). Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(3), 1–9.
- Martins, M. do C. F., Oliveira, B. de, Silva, C. F. da, Pereira, K. C., & Sousa, M. R. de. (2004). Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, 4(1), 37–60.
- Martins, M. do C. F., & Santos, G. E. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF*, 11(2), 195–205.
- Mathis, R. L., & Jackson, J. H. (2008). *Human resource management* (20<sup>o</sup> ed). Ohio: Thomson.

- Medeiros, C. R. G., & Gerhardt, T. E. (2015). Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Debate*, 39(Especial), 160–170.
- Mendes, Á., Louvison, M. C. P., Ianni, A. M. Z., Leite, M. G., & Feuerweker, L. C. M. (2015). O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 423–437.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297–2305.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2º ed). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Menezes, I. G., Sampaio, L. R., Gomes, A. C. P., Teixeira, F. S., & Santos, P. de S. (2009). Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 305–316.
- Neto, F. R. G. X., & Sampaio, J. J. C. (2007). Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 687–695.
- Nickel, D. A., Natal, S., Hartz, Z. M. de A., & Calvo, M. C. M. (2014). O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(12), 2619–2630.
- Nogueira, J. W. da S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafios para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 633–640.
- Oliveira, L. B. de, & Costa, F. P. C. (2016). Motivação, satisfação e comprometimento: um estudo sobre o trabalho voluntário em megaeventos esportivos. *Revista Economia & Gestão*, 16(42), 89–115.

- Oliveira, T. L., & Silva, L. C. J. (2012). Motivação dos servidores públicos: um caso na saúde pública na Amazônia. *Revista de Administração de Roraima - RARR*, 2(1), 178–195.
- Oliveira-Castro, G. A., Pilati, R., & Borges-Andrade, J. E. (1999). Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(2), 29–51.
- Organização Mundial da Saúde. (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Organização Panamericana de Saúde. (2018). *A ampliação do papel do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde*. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (1964). *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920*. (Publicación Científica No. 93) (p. 38). Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Pereira, M. J. B., Abrahão-Curvo, P., Fortuna, C. M., Coutinho, S. da S., Queluz, M. C., Campos, L. V. de O., ... Santos, C. B. dos. (2011). Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 48–55.
- Pereira, M. M., Ferreira, M. C., & Valentini, F. (2018). Evidências de validade da Escala de Paixão pelo Trabalho em amostras brasileiras. *Psico-USF*, 23(1), 151–162.
- Prefeitura de São Paulo. (2017). *Redes de Atenção à Saúde: Diretrizes*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde.
- Puente-Palacios, K., & Freitas, I. A. de. (2006). Clima organizacional: uma análise de sua definição e de seus componentes. *Organizações & Sociedade*, 13(38), 45–57.

- Rodrigues, L. B. B., Silva, P. C. dos S., Peruhípe, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. de A., ... Arcêncio, R. A. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343–352.
- Rodrigues, J. L. K., Nunes, F. M. G., Silva, J. L. G., & Santos, N. M. B. F. (2016). Paradigms for assessment of organizational climate in a public research institute. *Revista Científica Hermes*, 13, 6–33.
- Santos, E. O. dos, Pinho, L. B. de, Eslabão, A. D., Medeiros, R. G., & Cassola, T. P. (2018). Empowerment evaluation: theoretical and methodological considerations applied to the health area. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1–8.
- Santos, L. J. dos, & Paranhos, M. S. (2017). Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 759–770.
- Scott-Ladd, B., Travaglione, A., & Marshall, V. (2006). Causal inferences between participation in decision making, task attributes, work effort, rewards, job satisfaction and commitment. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(5), 399–414.
- Silva, S. F. da. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753–2762.
- Silva, J. P. B. C. (2016). *Modelos de regressão linear e logística utilizando o software R* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Siqueira, M. M. M. (2002). Medidas do comportamento organizacional. *Estudos de Psicologia*, 7, 11–18.
- Siqueira, M. M. M. (2003). Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(spe), 165–184.

- Tambasco, L. de P., Silva, H. S. da, Pinheiro, K. M. K., & Gutierrez, B. A. O. (2017). A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, *41*(spe2), 140–151.
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(4), 821–828.
- Toledo, A. C. (2013). *Efeito da nostalgia do cliente na lealdade à marca após fusão/aquisição* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nove de Julho, São Paulo.
- Vieira, S. de P., Pierantoni, C. R., Magnago, C., França, T., & Miranda, R. G. de. (2017). Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde em Debate*, *41*(112), 110–121.
- Walton, R. (1973). Quality of working life: What is it? *Sloan Management Review*, *15*(1), 11–21.
- Wegner, R. da S., Godoy, L. P., Godoy, T. P., Bueno, W. P., & Pereira, M. S. (2018). Trabalho em equipe sob a ótica da percepção dos gestores e funcionários de uma empresa de serviços. *Revista Pretexto*, *19*(1), 11–24.
- Zavala, M. O. Q., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. S. (2016). Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *24*, 1–8.

## APÊNDICE – INSTRUMENTO DE PESQUISA

### A motivação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e sua percepção sobre as Redes de Atenção à Saúde

Prezado participante, você está sendo convidado para participar da pesquisa: “A motivação dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e sua percepção sobre as Redes de Atenção à Saúde”, do Mestrado Profissional de Administração em Gestão de Sistemas de Saúde, de responsabilidade dos pesquisadores Sandra Regina Bonifácio e Evandro Luiz Lopes, da Universidade Nove de Julho.

Agradecemos sua participação nesta pesquisa e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Identificação do participante							
Nome (opcional)							
Profissão							
Nome da Equipe NASF							
UBS de atuação							
STS							
Sexo	Masculino		Feminino				
Idade							
Estado Civil							
Escolaridade							
Graduação		Pós-graduação		Mestrado		Doutorado	
Há quantos anos você exerce sua profissão?							
Há quantos anos você está no serviço público de saúde?							
Há quantos anos você está nesta equipe NASF?							

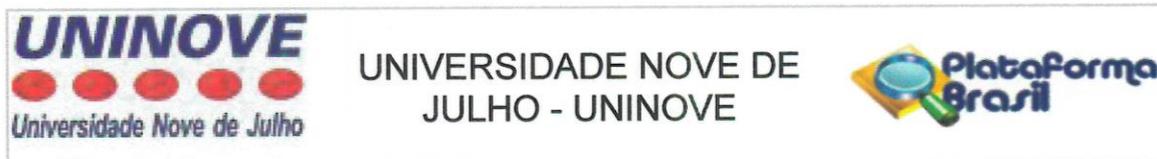
Na próxima parte do questionário, para cada uma das afirmativas das variáveis apresentadas, você deverá assinalar de 1 a 5, sendo: 1 Discordo totalmente da afirmativa, 2 Discordo um pouco da afirmativa, 3 Não discordo nem concordo com a afirmativa, 4 Concordo um pouco com a afirmativa e 5 Concordo totalmente com a afirmativa.

1 Discordo totalmente da afirmativa; 2 Discordo um pouco da afirmativa; 3 Não discordo nem concordo com a afirmativa; 4 Concordo um pouco com a afirmativa; 5 Concordo totalmente com a afirmativa							
Construto	Variável Envolvimento						
Políticas de Gestão de Pessoas	1	A organização onde trabalho procura conhecer minhas competências para definir minhas atividades.	1	2	3	4	5
	2	Na organização onde trabalho as minhas sugestões / reclamações são consideradas.	1	2	3	4	5
	3	A organização onde trabalho costuma me tratar com respeito e atenção.	1	2	3	4	5
	Variável Treinamento, Desenvolvimento e Educação						
	4	A organização onde trabalho investe no meu desenvolvimento, viabilizando a minha participação em eventos externos (como congressos, seminários etc).	1	2	3	4	5
	5	A organização onde trabalho me faz participar de treinamentos externos e palestras para o meu aprimoramento profissional.	1	2	3	4	5
	Variável Condições de Trabalho						
	6	A organização onde trabalho preocupa-se com a minha saúde e bem-estar no trabalho (por meio de local arejado, boa iluminação, instalações confortáveis, programas de qualidade de vida, programa de prevenção de doenças e estresse no trabalho, centrais de atendimento ao empregado etc.).	1	2	3	4	5
	7	A organização onde trabalho fornece os materiais, equipamentos e tecnologia adequados ao desempenho eficaz de minha função.	1	2	3	4	5
	8	Na organização a quantidade de profissionais na equipe NASF é o suficiente para atender a demanda de trabalho.	1	2	3	4	5
	Variável Recompensas						
	9	A organização onde trabalho me fornece remuneração compatível com as minhas competências e formação/escolaridade.	1	2	3	4	5
10	A organização onde trabalho possui um plano de carreira/progressão funcional claramente definido e conhecido por todos.	1	2	3	4	5	
11	Me sinto satisfeito com o resultado do meu trabalho.	1	2	3	4	5	
12	Há reconhecimento do paciente pelo atendimento prestado.	1	2	3	4	5	
Construto	Variável Apoio da Chefia						
Clima Organizacional	13	O chefe elogia quando o funcionário faz um bom trabalho.	1	2	3	4	5
	14	O funcionário pode contar com o apoio do chefe.	1	2	3	4	5
	15	A maneira como seu chefe faz considerações e observações sobre seu trabalho e sua produtividade lhe causa constrangimento ou outro transtorno perante seus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5
	16	O diálogo é utilizado como a principal ferramenta para resolver os problemas na organização.	1	2	3	4	5
	Variável Ambiente Físico						

	17	Os funcionários dessa organização têm equipamentos necessários para realizar suas tarefas.	1	2	3	4	5
	18	Os equipamentos de trabalho são adequados para garantir a saúde do empregado na organização.	1	2	3	4	5
	19	A estrutura física é adequada para o atendimento aos pacientes.	1	2	3	4	5
	Variável Controle-Pressão						
	20	Esta organização exige que as tarefas sejam feitas dentro do prazo previsto.	1	2	3	4	5
	21	A frequência dos funcionários é controlada com rigor por esta empresa.	1	2	3	4	5
Construto	Variável Coesão entre os colegas						
Clima de Trabalho em Equipe	22	Nesta organização os colegas auxiliam um novo funcionário em suas dificuldades.	1	2	3	4	5
	23	Nesta organização existe cooperação entre os colegas.	1	2	3	4	5
	24	Me relaciono bem com os colegas de trabalho.	1	2	3	4	5
	25	Sou bem tratado pelos profissionais das equipes de saúde da família.	1	2	3	4	5
	26	Sou bem tratado pela gerência da UBS.	1	2	3	4	5
Construto	Variável Remuneração						
Satisfação no Trabalho	27	Nesta organização meu salário é compatível com o quanto eu trabalho.	1	2	3	4	5
	28	Nesta organização meu salário é compatível ao meu custo de vida.	1	2	3	4	5
	Variável Promoções						
	29	Nesta organização tenho oportunidades de ser promovido ou ter ascensão nesta empresa.	1	2	3	4	5
	30	Nesta organização concordo com a maneira como são realizadas as promoções dos trabalhadores.	1	2	3	4	5
	Variável Natureza do Trabalho						
	31	Sou satisfeito com o grau de interesse que minhas tarefas despertam.	1	2	3	4	5
	32	A Rede de Atenção à Saúde possuiu ofertas de serviços para o encaminhamento dos pacientes quando necessário.	1	2	3	4	5
	33	Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com outros profissionais NASF.	1	2	3	4	5
	34	Me sinto satisfeito com os atendimentos compartilhados com médicos e enfermeiros ESF.	1	2	3	4	5
35	Me sinto satisfeito com as visitas domiciliares realizadas.	1	2	3	4	5	
36	Me sinto satisfeito com os grupos de atendimento realizados.	1	2	3	4	5	
Construto	Variável Integração Social						

Qualidade de Vida no Trabalho	37	Me sinto satisfeito com o relacionamento com os outros colegas do mesmo nível hierárquico.	1	2	3	4	5
	38	Me sinto satisfeito com o relacionamento com o meu superior.	1	2	3	4	5
	39	Me sinto satisfeito com o relacionamento com funcionários de outros setores ou departamentos.	1	2	3	4	5
	Variável Utilização da Capacidade Humana						
	40	Me sinto satisfeito com o grau de independência na realização de minhas atividades dentro da organização.	1	2	3	4	5
	41	Me sinto satisfeito com a quantidade de informações que tenho acesso para a realização do seu trabalho.	1	2	3	4	5
	Variável Trabalho e Espaço de Vida						
	42	Me sinto satisfeito com o grau do impacto causado pela atividade exercida por mim dentro e fora da organização.	1	2	3	4	5
	43	O trabalho me traz preocupações e aborrecimentos.	1	2	3	4	5
	44	Meu trabalho influencia minha vida familiar.	1	2	3	4	5
45	Levo trabalhos para finalizar em casa.	1	2	3	4	5	
Escala de Motivação							
Variável Dependente	46	Sinto-me realizado(a) em prestar atendimento assistencial aos usuários desta UBS.	1	2	3	4	5
	47	Habitualmente desenvolvo estratégias para alcanças minhas metas de atendimento.	1	2	3	4	5
	48	Normalmente, considero-me uma pessoa com grande motivação no trabalho.	1	2	3	4	5
	49	Identifico-me com a função que desempenho na UBS.	1	2	3	4	5
	50	Sinto que meus conhecimentos são determinantes no papel que desempenho dentro do serviço de saúde pública.	1	2	3	4	5

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA PERCEPÇÃO SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Sandra Regina Bonifacio

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 00152918.5.0000.5511

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.993.704

#### Apresentação do Projeto:

Informações extraídas do documento PB\_informações\_basicasdoprojeto\_1223118.pdf de 19/10/2018.

Os serviços e práticas de saúde no Brasil passaram por muitas transformações desde os tempos da colonização até os dias atuais. Novas técnicas e métodos foram sendo aperfeiçoados e implantados, bem como medidas de avaliação procuraram estabelecer quais os melhores meios para oferecer um sistema de saúde eficaz. Além de investir em equipamentos e tecnologias, as empresas, entre elas, as organizações de saúde passaram a investir em seus profissionais, como a melhor maneira para resolver seus problemas, incluindo a melhora do clima organizacional, investimentos em capacitação e também em descobrir o que motiva um profissional em seu trabalho e como isso pode afetar sua produtividade. Pensando nisto, o objetivo desta pesquisa é identificar os aspectos que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde. Os profissionais das equipes NASF serão convidados a responder um questionário para avaliar seus níveis de satisfação e motivação com o trabalho. Os dados serão tabulados a partir do teste de distância de Mahalanobis, teste KS de Kolmogorov-Smirnov e com o software SPSS.

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

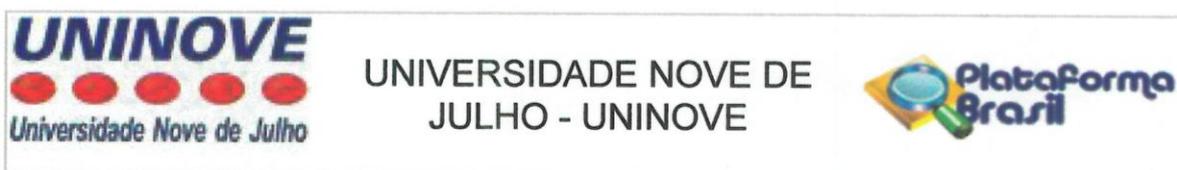
**UF:** SP

**Telefone:** (11)3385-9010

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



Continuação do Parecer: 2.993.704

### **Objetivo da Pesquisa:**

#### **OBJETIVO GERAL**

Dada à problemática estabelecida, entende-se que o objetivo principal do trabalho de pesquisa será identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as variáveis de Políticas de Gestão de Pessoas segundo a percepção dos profissionais das equipes NASF;
- Compreender como o Clima Organizacional pode interferir na motivação dos profissionais das equipes NASF;
- Verificar o nível de Satisfação com o Trabalho apresentado pelos profissionais das equipes NASF;
- Mensurar a qualidade de vida apresentada pelos profissionais das equipes NASF e sua atual relação com o trabalho.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Desconforto ou Riscos Esperados: Participar da pesquisa não trará nenhum risco à integridade física do profissional da equipe NASF, porém podem ocorrer riscos de constrangimento do participante em responder determinadas perguntas.

Benefícios da Pesquisa: Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para repensar os processos de trabalho das equipes NASF na Coordenadoria Regional de Saúde Norte e sua interação com os profissionais das equipes de Saúde da Família e com os usuários dos serviços, de modo a compreender o que motiva os profissionais NASF e assim melhorar a assistência oferecida ao paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa atende aos preceitos éticos.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador atendeu ao solicitado no Parecer Consubstanciado n. 2.962.730 no que diz respeito a adequação do TCLE, nos seguintes itens:

-Justificativa (Atendido);

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3385-9010

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.993.704

- procedimentos da fase experimental (Atendido);
- desconforto ou riscos esperados (Atendido);
- medidas protetivas aos riscos da pesquisas (Atendido).
- benefícios da pesquisa (Atendido);
- Local da pesquisa (Atendido);
- definição de Comitê de ética com as resolução adequadas (Atendido);

**Recomendações:**

Recomenda-se atualizar no documento do projeto o anexo que se refere ao TCLE, pois o mesmo sofreu modificações ao longo desta análise.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto Aprovado. O pesquisador sanou todas as pendências listadas no Parecer Consubstanciado n. 2.962.730.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador deverá se apresentar na instituição de realização da pesquisa (que autorizou a realização do estudo) para início da coleta dos dados.

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f). De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3385-9010

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.993.704

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1223118.pdf	19/10/2018 09:53:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.pdf	19/10/2018 09:51:18	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_o_Comite_de_Etica.pdf	24/09/2018 18:20:20	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Sandra_Regina_Bonifacio.pdf	24/09/2018 18:18:42	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Outros	Questionario_de_aplicacao_da_pesquisa.pdf	18/09/2018 18:57:16	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_CRS_Norte.pdf	18/09/2018 18:54:59	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/09/2018 18:52:21	Sandra Regina Bonifacio	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 31 de Outubro de 2018

**Assinado por:**

**Anna Carolina Ratto Tempestini Horliana  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**CEP:** 01.504-001

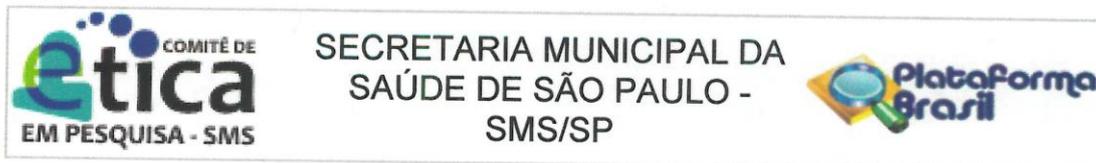
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3385-9010

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br

## ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA PERCEPÇÃO SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Sandra Regina Bonifacio

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 00152918.5.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.066.789

#### Apresentação do Projeto:

Os serviços e práticas de saúde no Brasil passaram por muitas transformações desde os tempos da colonização até os dias atuais. Novas técnicas e métodos foram sendo aperfeiçoados e implantados, bem como medidas de avaliação procuraram estabelecer quais os melhores meios para oferecer um sistema de saúde eficaz. Além de investir em equipamentos e tecnologias, as empresas, entre elas, as organizações de saúde passaram a investir em seus profissionais, como a melhor maneira para resolver seus problemas, incluindo a melhora do clima organizacional, investimentos em capacitação e também em descobrir o que motiva um profissional em seu trabalho e como isso pode afetar sua produtividade. Pensando nisto, o objetivo desta pesquisa é identificar os aspectos que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde. Os profissionais das equipes NASF serão convidados a responder um questionário para avaliar seus níveis de satisfação e motivação com o trabalho. Os dados serão tabulados a partir do teste de distância de Mahalanobis, teste KS de Kolmogorov-Smirnov e com o software SPSS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.223-010

**Telefone:** (11)3397-2464

**E-mail:** smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.066.789

Dada à problemática estabelecida, entende-se que o objetivo principal do trabalho de pesquisa será identificar os aspectos antecedentes que afetam a motivação dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que, por consequência, possam comprometer sua prestação de serviços assistenciais aos usuários dos serviços de saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar as variáveis de Políticas de Gestão de Pessoas segundo a percepção dos profissionais das equipes NASF;
- Compreender como o Clima Organizacional pode interferir na motivação dos profissionais das equipes NASF;
- Verificar o nível de Satisfação com o Trabalho apresentado pelos profissionais das equipes NASF;
- Mensurar a qualidade de vida apresentada pelos profissionais das equipes NASF e sua atual relação com o trabalho.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Participar da pesquisa não trará nenhum risco à integridade física do profissional da equipe NASF, porém podem ocorrer riscos de constrangimento do participante em responder determinadas perguntas.

Benefícios: Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para repensar os processos de trabalho das equipes NASF na Coordenadoria Regional de Saúde Norte e sua interação com os profissionais das equipes de Saúde da Família e com os usuários dos serviços, de modo a compreender o que motiva os profissionais NASF e assim melhorar a assistência oferecida ao paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante, com uso de metodologia adequada aos objetivos, apresenta o instrumento de coleta e análise de dados. A condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi apontada.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto preenchida, projeto completo com instrumento de coleta de dados; identificadas instituição proponente e coparticipante. Apresentou autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Norte para realização da pesquisa. O cronograma apresentado apontava início da coleta de dados em 01/11/2018 mas foi atualizado. Orçamento apresentado e descrito que o

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.066.789

financiamento será pelo próprio do pesquisador.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresentou adequações solicitadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1249085.pdf	04/12/2018 12:15:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_SMS.pdf	04/12/2018 12:05:07	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Outros	Respostas_pendencias_apontadas_parecer.doc	14/11/2018 08:56:09	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SMS.pdf	14/11/2018 08:51:53	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Cronograma	Cronograma_SMS.doc	14/11/2018 08:42:59	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Sandra_Regina_Bonifacio.pdf	12/11/2018 18:36:20	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.pdf	19/10/2018 09:51:18	Sandra Regina Bonifacio	Aceito

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

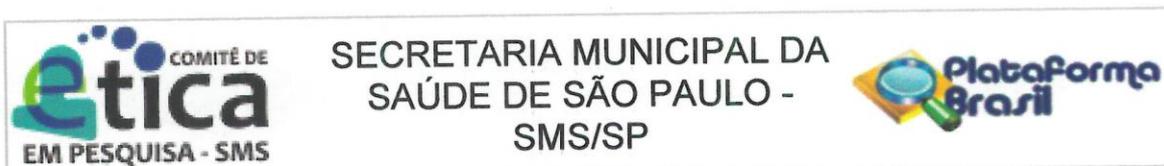
**CEP:** 01.223-010

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.066.789

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_o_Comite_de_Etica.pdf	24/09/2018 18:20:20	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Outros	Questionario_de_aplicacao_da_pesquis a.pdf	18/09/2018 18:57:16	Sandra Regina Bonifacio	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_CRS_Norte.pdf	18/09/2018 18:54:59	Sandra Regina Bonifacio	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 08 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**Município:** SAO PAULO

**E-mail:** smscep@gmail.com

