



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

BRIGIDA LIMA TEIXEIRA

ESTUDO COMPARATIVO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE
TRABALHAM NAS UPAS DE FORTALEZA-CE: INTERFACE COM A
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

FORTALEZA – CEARÁ

2016

BRIGIDA LIMA TEIXEIRA

ESTUDO COMPARATIVO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE
TRABALHAM NAS UPAS DE FORTALEZA-CE: INTERFACE COM A
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

FORTALEZA –CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Teixiera, Brigida Lima.

Estudo comparativo da satisfação dos profissionais que trabalham nas UPAs de Fortaleza-CE: interface com a Política Nacional de Humanização [recurso eletrônico] / Brigida Lima Teixeira. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 89 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Humanização da Assistência. 3. Satisfação no Emprego. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE
FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Dissertação: **“Estudo Comparativo Da Satisfação Dos Profissionais Que Trabalham Nas UPAS De Fortaleza-Ce: Interface Com A Política Nacional De Humanização”.**

Nome da Mestranda: **Brígida Lima Teixeira**

Nome do Orientador: **Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz (orientador)

Prof. Dra. Maria Salette Bessa Jorge (1º membro)

Prof. Dra. Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão (2º membro)

Prof. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira (suplente)

Data da defesa: 22/12/2016

À minha família, Enio, Leo e Levi,
por serem minha fonte de amor,
força e inspiração.

Aos meus pais, Edilana e José, por
serem exemplos vivos de superação,
de garra e de luta.

A todos os trabalhadores da saúde,
por serem anjos na terra, pelos
cuidados que prestam aqueles que
estão, provavelmente, em seus
momentos mais difíceis da vida, na
enfermidade. Trabalhadores que,
muitas vezes, deixam seus filhos
doentes em casa para cuidarem do
filho do próximo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua imensa misericórdia na minha vida. E a Nossa Senhora pela intercessão nos momentos difíceis.

Aos meus pais, por desde pequena, incentivarem-me a estudar. Apesar das dificuldades, sempre se esforçando para nos dar a melhor educação e lembrando da importância dos estudos nas nossas vidas, minha e das minhas irmãs.

Ao meu esposo, por sempre me apoiar e incentivar os meus projetos. Ao meu Leo, por todas as palavras de carinho e de motivação.

Ao meu príncipe Levi, por todos os momentos que a mamãe esteve ausente. Minha fonte de força e amor.

Às minhas irmãs Bruna e Brena, pela ajuda, pelo incentivo nos momentos mais difíceis e pela eterna amizade.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz, o meu agradecimento por todos os ensinamentos, que muito contribuiu para o meu crescimento como pessoa e como pesquisadora.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, por todos os ensinamentos e orientações durante o curso.

Aos amigos do mestrado, onde tudo ficou mais leve e feliz ao lado deles. Amigos que levarei sempre no meu coração.

À Dr.^a Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, professora que me ensinou a disciplina Metodologia do Trabalho Científico no terceiro semestre do meu curso de enfermagem. Disciplina a qual tive a oportunidade de ser monitora, tal experiência contribuiu bastante para o meu crescimento como pesquisadora. Professora que sempre admirei como pessoa e como pesquisadora.

À Dr.^a Luciana Maria de Barros de Barros Carlos e a Dr.^a Denise Menezes Brunetta pelo apoio para a realização deste trabalho, pela amizade e pelo carinho de sempre.

Ao Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, representados pela Jamille Soares, assessora técnica de pesquisa do ISGH, e pelo Dr. Breitner Gomes Chaves, diretor de processos assistenciais das UPAS-ISGH, pela disponibilidade em contribuir com a pesquisa.

Aos trabalhadores das UPAs, que se esforçam para prestar a melhor assistência possível.

Aos participantes da pesquisa, pela demonstração de interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Muito obrigada.

Aos meus amigos da UPA onde trabalhei, obrigada por todos os momentos de carinho e de amizade.

Às amigas da Agência Transfusional do Hospital Universitário Walter Cantídio, pelas palavras de apoio e motivação.

A todas as pessoas que não foram citadas, mas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Não espere por grandes líderes;
faça você mesmo, pessoa a pessoa.
Seja leal às ações pequenas porque
é nelas que está a sua força”.

(Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

Desde 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização, o Sistema Único de Saúde inova para poder qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, também lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. Então, a partir das diretrizes que norteiam a Política Nacional de Humanização (PNH), como a valorização do trabalho e do trabalhador, e a gestão participativa e democrática, dentre outras, surgiu o interesse analisar o impacto da Política Nacional de Humanização nestas unidades de saúde, nas UPAs. Trata-se de um estudo comparativo com abordagem quantitativa, com complementação do enfoque qualitativo. Objetivou-se descrever a satisfação dos profissionais da saúde da UPA, de acordo com os princípios da PNH. Especificamente, descrever as características sócio demográficas dos trabalhadores em estudo; analisar a satisfação dos profissionais da saúde das UPA quanto à estrutura, processo e resultado; descrever o conhecimento dos trabalhadores de saúde, que atuam nas UPA estudadas, sobre a PNH; discutir limites, avanços e perspectivas da PNH nas UPA em tela à luz das principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. O local da pesquisa foi duas Unidades de Pronto Atendimento geridas no estado do Ceará, especificamente na cidade de Fortaleza. A coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2016, em que foram aplicados questionários e realizadas entrevistas semiestruturadas. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que realizavam suas atividades laborais nas UPA de Fortaleza e que trabalhavam diretamente prestando assistência à saúde aos pacientes. Seguiu-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (CEPEP/ISGH). Para o processamento dos dados quantitativos foi utilizado o software SPSS e para análise dos dados foi utilizada a análise de discurso. Os resultados demonstram que grande parte dos trabalhadores da UPA mostraram desconhecimento sobre a PNH; a influência da gestão na satisfação dos profissionais, mostrando diferença significativa da satisfação dos profissionais; déficit do trabalho em rede; porém, níveis elevados de satisfação nas UPA estudadas foram evidenciados em relação ao relacionamento com os colegas e trabalho em equipe. Compreende-se, portanto, que a satisfação do trabalhador é muito importante para que se tenha um tratamento humanizado. Para isso, é necessário que se coloque em prática a própria PNH.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência. Humanização da Assistência. Satisfação no Emprego.

ABSTRACT

Since 2003, with the creation of the National Humanization Policy, the Unified Health System innovates in order to qualify health management and health care practices. The Emergency Care Units (UPA) are part of the National Emergency and Urgency Policy, also launched in 2003 by the Ministry of Health, with the objective of integrating emergency care. Then, from the directives that guide the National Humanization Policy (PNH), such as the valorization of work and the worker and the participatory and democratic management, among others, the interest arose to analyze the impact of the National Humanization Policy in these health units, in the UPA. It is a comparative study with a quantitative approach, complementing the qualitative approach. The aim of this study was to describe the satisfaction of UPA health professionals, in accordance with the principles of the PNH. Specifically, to describe how the socio-demographic characteristics of the workers under study; to analyse the satisfaction of UPA health professionals regarding the structure, process and outcome; to describe the knowledge of the health workers, who work in the UPA studied, on the PNH; to discuss the limits, advances and perspectives of the PNH in the UPA on-screen in the light of the main guidelines recommended by the Ministry of Health. The research site was two Emergency Care Units managed in the state of Ceará, specifically in the city of Fortaleza. The data collection took place in the period of September and October of 2016, in which questionnaires were applied and semi-structured interviews were carried out. The research participants were health professionals who performed their work activities in the UPA of Fortaleza and who worked directly providing health care to the patients. The ethical precepts of the research involving human beings were followed, according to the opinion of the Research Ethics Committee of the Institute of Health and Hospital Management (CEPEP/ISGH). For the quantitative data processing, the SPSS software was used and discourse analysis was used for data analysis. The results show that a great part of the UPA workers showed a lack of knowledge about the PNH; the influence of management on the satisfaction of professionals, showing a significant difference in the satisfaction of professionals; and the deficit of networking; however, high levels of satisfaction in the UPA studied were evidenced in relation to the relationship with colleagues and teamwork. It is understood, therefore, that worker satisfaction is very important for a humanized treatment. For this, it is necessary to put into practice the PNH itself.

Keywords: Emergency Medical Services. Humanization of Assistance. Job Satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	O erro amostral adotado foi de 5%.....	29
Tabela 2 –	Resumo descritivo das características demográficas separada por grupo.....	34
Tabela 3 –	Resumo descritivo da 1.....	37
Tabela 4 –	Resumo descritivo da 2.....	39
Tabela 5 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos e o grupo da pesquisa.....	43
Tabela 6 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na 1.....	46
Tabela 7 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na 2.....	58
Tabela 8 –	Resumo descritivo das características demográficas separada por grupo.....	50
Tabela 9 –	Resumo descritivo das na 1.....	51
Tabela 10 –	Resumo descritivo das na 2.....	52
Tabela 11 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos e o grupo da pesquisa.....	53
Tabela 12 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA1.....	54
Tabela 13 –	Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA2.....	55
Tabela 14 –	Nível de satisfação para cada dimensão em cada UPA.....	56
Tabela 15 –	P-valor da comparação da proporção entre as UPAs.....	59

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Comparação da satisfação média de cada dimensão em cada UPA.....	57
Gráfico 2 – Nível de satisfação dos atributos em cada UPA.....	57
Gráfico 3 – Nível de insatisfação dos atributos em cada UPA....	58
Gráfico 4 – Nível de indiferença nos atributos em cada UPA.....	58
Gráfico 5 – Distribuição da frequência relativa (%) em cada item da escala de satisfação.....	87
Gráfico 6 – Distribuição da frequência relativa (%) em cada item da escala de satisfação.....	87
Quadro 1 – Caracterização dos Profissionais.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPEP/ISGH	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SPSS	Statistical Package for the social Sciences
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	DISCUSSÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	21
3.2	POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO TRABALHADOR.....	23
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	26
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	26
4.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO GLOBAL.....	34
5.2	CARACTERIZAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POR UPA.....	37
5.3	COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE AS UPAS..	41
5.4	COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE OS PROFISSIONAIS.....	46
5.5	COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE AS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS.....	50
5.6	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE TEMPO DE SERVIÇO NA UPA, IDADE E TEMPO DE PROFISSÃO DE ACORDO COM A PROFISSÃO.....	51
5.7	ANÁLISE DA SATISFAÇÃO MÉDIA DOS PROFISSIONAIS COMPARADO COM OS FATORES DEMOGRÁFICOS.....	54
5.8	COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO ENTRE AS UPAS.....	56

5.9	ANÁLISE DESCRITIVA DA SATISFAÇÃO DOS ATRIBUTOS E DO CONTEÚDO.....	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICES.....	81
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO COM UMA ESCALA TIPO LIKERT.....	83
	APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	86
	APÊNDICE D – GRÁFICOS.....	87
	ANEXOS.....	88
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	89

1 INTRODUÇÃO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirma-se universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (BRASIL, 2008).

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010).

A partir do objetivo de produzir mudanças de práticas de saúde, qualificando modos de cuidado e modos de gerir no SUS; das indicações tracejadas pela cartografia de práticas do “SUS que dá certo” Brasil a fora; do entendimento da integralidade como a composição de redes de relações entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) e entre estes(as), os serviços e as práticas desenvolvidas, a PNH define por humanização um certo modo de fazer inclusão traduzido pelo seu método: o método da tríplice inclusão. Ou seja, a humanização se efetiva pela inclusão- nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde- dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações (acrescidas de sua análise), estas últimas entendidas como efeitos que esse processo de inclusão produz. Em outros termos, humanização traduz-se em inclusão e, de forma subsequente, em produção de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS. Assim, a humanização produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS,

mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção (BRASIL, 2014).

Também lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a portaria n.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003 instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Desde 2003, as duas políticas foram implantadas para superar as dificuldades que ambas apresentavam, serviços humanizados e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros.

É com a maior satisfação que estamos implantando a Política Nacional de Atenção às Urgências avançando na construção do SUS, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito (BRASIL, 2003).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência com o objetivo de integrar a atenção às urgências. As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e poder resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas. Em 2012 tive a oportunidade de fazer parte do quadro de funcionários de uma UPA localizada em Fortaleza, vivenciando esse novo serviço que se estruturava, buscando atender toda a demanda que surgia.

De acordo com Brasil 2008, especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e

aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

Então, as UPAs vieram para estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, acolhendo essas pessoas, que muitas vezes, ficavam sem atendimento.

Portanto, durante este período que trabalhei em uma UPA, observei como os trabalhadores de saúde, que faziam parte do quadro de pessoal das UPAs, se dedicavam para fornecer um serviço de qualidade para todos que buscavam o serviço. Apesar de, algumas vezes, a demanda ser muito acima do que o indicado para o porte do serviço. Com essa vivência e com o conhecimento sobre a PNH fiquei refletindo sobre a satisfação desses profissionais com o serviço e como este influenciava no atendimento humanizado com o usuário.

Casimiro (2012) afirmou no seu estudo que há situações que dificultam a inserção da humanização na unidade, como problemas relacionados à ambiência, presença de ruídos e espaço físico restrito, assim como àqueles relacionados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço, mecanização do trabalho e vínculo empregatício. Tais questões são inquietações que corroboram com o que a PNH busca resolver, mediante mecanismos criados nas próprias instituições. Assim, para que o profissional possa cumprir com suas obrigações de atender os pacientes de forma humanizada, deverão ter sido ofertadas condições de trabalho satisfatórias.

Será que após doze anos da criação da PNH, que tem como diretrizes a valorização do trabalho e do trabalhador, gestão participativa e democrática, dentre outras, os profissionais da saúde apresentam-se satisfeitos com suas atividades, relações de trabalho e outros aspectos que envolvem seus trabalhos? Então, a partir deste questionamento e a partir das minhas vivências em uma Unidade de Pronto Atendimento, surgiu o interesse em descrever a satisfação dos trabalhadores que atuam nas UPAs.

De acordo com Silva (2001) é importante outros estudos sobre as implicações de satisfação e, principalmente, insatisfação dos prestadores de serviços em saúde no trabalho realizado, pois é o que pode significar aspectos

como aderência ou não às tarefas, ou as relações desses trabalhadores com o exercício do poder nas instituições.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde vem apoiando esses movimentos, contemplando pesquisas, estudos e análises nos processos de trabalho. São movimentos que ganham força, em que os gestores/gerentes estão convencidos de que a implementação dos conceitos da humanização os auxiliam no estabelecimento de um ambiente favorável às necessidades tanto dos trabalhadores quanto dos usuários (BRASIL, 2006).

Diante de tudo que foi exposto e da importância da PNH, este estudo poderá criar subsídios para que os gestores e trabalhadores avaliem suas relações de trabalho, trabalhando seus pontos fracos e fortalecendo seus pontos fortes. Os resultados do estudo também possibilitarão analisar o impacto da Política Nacional de Humanização nestas unidades de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a satisfação dos profissionais da saúde de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), de acordo com os princípios da PNH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sócio demográficas dos trabalhadores em estudo.

Analisar a satisfação dos profissionais da saúde das UPAs quanto à estrutura, processo e resultado.

Descrever o conhecimento dos trabalhadores de saúde, que atuam nas UPAs estudadas, sobre a Política Nacional de Humanização.

Discutir limites, avanços e perspectivas da Política Nacional de Humanização nas UPAs em tela à luz das principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DISCUSSÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

“Humanização: ato ou efeito de humanizar”.
(FERNANDES, 2000)

A humanização nasceu dentro do SUS. Os princípios do SUS são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Levados às últimas consequências definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país (BRASIL, 2004).

No ano 2000, o Ministério da Saúde, sensível às manifestações setoriais e às diversas iniciativas locais de humanização das práticas de saúde, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH era um programa que estimulava a disseminação das ideias da Humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras de acordo com realidades locais. Inovador e bem construído por um grupo de psicanalistas, o programa tinha forte acento na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades.

Em 2003, o Ministério da Saúde passou o PNHAH por uma revisão, e lançou a PNH, que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho. Como política, a PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde, em qualquer instância de efetuação (RIOS, 2009).

No início de 2003, teve início um debate no Ministério da Saúde (MS) defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado pelas políticas públicas de saúde. O debate se fazia a partir da tensão entre concepções diferentes. Havia escolhas, de um

lado, que visava aos “focos e resultados dos programas” e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão. Neste contexto, apresentava-se para nós não só um desafio, mas principalmente a urgência de reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários.

O debate ia se montando em torno das condições precarizadas de trabalho, das dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, do descuido e da falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde. O diagnóstico ratificava a complexidade da tarefa de se construir de modo eficaz um sistema público que garantisse acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros.

Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública.

Estimulava-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de cogestão. Garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da PNH. A humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A proposta da PNH coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas.

Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade” (BRASIL, 2004).

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar. A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008).

Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO TRABALHADOR

De acordo com Souza e Ferreira (2010), a PNH surge como modelo assistencial humanizado com eixo de atuação na gestão do trabalho e com algumas estratégias. Estas propõem a valorização e o crescimento profissional, a participação dos trabalhadores nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos seus trabalhadores nas unidades de saúde.

As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª a 13ª, reafirmaram a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de controle social já existente. Deve-se ressaltar que os temas “controle social” e “gestão participativa” foram contemplados com eixos específicos nas duas últimas

conferências, permitindo o aprofundamento das questões relacionadas com sua ampliação e aperfeiçoamento (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

A esses problemas acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008).

A diretriz de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde incorpora as outras diretrizes e se amplia em diferentes sentidos, demarcados de forma mais aberta na matriz que se segue. Salientamos que essa diretriz deve permear ou se transversalizar a todos os esforços institucionais que estejam sendo pensados para interferir na chamada precarização do trabalho atual em saúde. Por precarização compreendem-se desde as situações de instabilidade na forma de contratação e vínculos trabalhistas até as inadequações das condições de trabalho e dos modelos de gestão autoritários ou pouco participativos. A experiência de contato com os serviços, bem como estudos atuais no campo da saúde e trabalho, revela um amplo conjunto de marcadores das precárias condições de emprego, trabalho e saúde (e suas consequências em indicadores de adoecimento, afastamentos, absenteísmos, rotatividade, desmotivação, insatisfação e sofrimento), não sendo possível que esse “tema” fique de fora das discussões locais (a ser tratado como pauta de gestão) (BRASIL, 2011).

Conforme pontuado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010a), a ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam, alteram-se os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, em virtude da produção de saúde encontrar-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exigir a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

Santos-Filho (2010) fala que entendendo os dispositivos da humanização como os direcionadores ou os próprios equivalentes de intervenções, observa-se que eles representam potenciais mudanças, mas

desde que sejam efetivamente operacionalizados. Dependem, assim, de complexos processos de implantação, em meio a fatores favoráveis e desfavoráveis, exigindo negociações com diferentes atores. É necessário, portanto, que essas situações sejam tomadas como objetos de avaliação, tanto na ótica do desvelamento e explicitação dos fatores intervenientes no maior ou menor êxito de implantação quanto na sua relação com resultados alcançados.

No que se refere ao trabalhador da saúde, é de sua responsabilidade a realização das ações para alcançar a solução esperada, de forma que esse processo envolve, necessariamente, a ampliação da participação individual e coletiva desses sujeitos e que será alcançada apenas com a consolidação de uma política de formação que garanta a efetiva consolidação de um modelo assistencial que tenha como metas principais: a qualidade da atenção e a satisfação de todos os envolvidos nesse processo de construção (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Todo pensamento científico é uma mescla dos pensamentos quantitativo e qualitativo. A pesquisa sobre o funcionamento das coisas nos quadros mais gerais do conhecimento é uma tarefa quantitativa e qualitativa (STAKE, 2011, p.23). Pesquisar é investigar, é uma busca pela compreensão. Portanto, trata-se de um estudo comparativo com abordagem quantitativa, com complementação do enfoque qualitativo. Existem contrastes e comparações entre os dois métodos. Para verificar as diferenças e similaridades entre pesquisa qualitativa e quantitativa, devem-se considerar as suas características, postura do pesquisador, estratégias de coleta de dados, estudo de caso, papel do sujeito, aplicabilidade e uso dos sujeitos da pesquisa (GÜNTHER, 2006, p. 202). A escolha desses dois métodos ocorreu pela possibilidade de um complementar o outro, o que traz confiabilidade aos dados coletados para apresentação dos resultados.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Pronto Atendimento geridas pelo Estado. Fortaleza possui 11 UPAs, sendo cinco da gestão municipal e seis da gestão estadual, distribuídas nas seis Regionais da cidade. As 11 UPAs de Fortaleza, são geridas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), uma instituição privada, sem fins lucrativos que atua no segmento de gestão em saúde. As UPAs podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta; fraturas; cortes; infarto e derrame. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação, com atendimento de domingo a domingo, 24 horas por dia. As UPAs possuem dois eixos: eixo 1 – Sala de medicação, para aqueles pacientes que são medicados e recebem alta após a medicação; observação breve adulto e observação

breve infantil para aqueles pacientes que estão aguardando resultado de exames laboratoriais e/ou precisam ficar mais algum tempo em observação. Já no eixo 2 – observação adulto e observação infantil para os pacientes com uma complexidade maior, que precisam ficar por um tempo maior em observação ou precisam ser referenciados e eixo vermelho, onde os pacientes são levados com emergência. Tais pacientes possuem alto risco de vida. Nas UPAs é seguido o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

De acordo com Cronin (2003), o Sistema de Triagem de Manchester (STM) apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização, como: é internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros serviços de emergência com características diferentes; oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem.

Foram selecionadas para esta pesquisa a UPA com maior número de atendimento e a UPA com menor número de atendimento mensal no mês anterior ao início da coleta dos dados, agosto/2016.

A UPA com *menor* número de atendimento no mês anterior ao mês de início da coleta dos dados teve *7.895 atendimentos* (CEARÁ, 2015). Esta UPA será chamada de “UPA1”. Esta UPA tem *porte III*, as UPAS com esse porte tem o número de atendimento estabelecido de 301 a 450 PAC/DIA (CEARÁ, 2015).

A UPA com *maior* número de atendimento no mês anterior ao mês de início da coleta dos dados teve *11.253 atendimentos* (CEARÁ, 2015). Esta UPA será chamada de: “UPA2”. Esta UPA tem *porte II*, as UPAS com esse porte tem o número de atendimento estabelecido de 151 a 300 PAC/DIA (CEARÁ, 2015).

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

No questionário utilizado as dimensões *estrutura-processo-resultado* contemplam os seguintes atributos: *Estrutura* (remuneração; recursos humanos, ambiência e quantidade de tarefas durante o serviço); *Processo* (treinamento/capacitação; quantidade de orientação que você recebe; qualidade da orientação que você recebe; oportunidades de conhecer coisas novas; gestão participativa; relacionamento com os colegas; relacionamento com a chefia imediata; trabalho em equipe; autonomia na realização de tarefas; estabilidade no emprego; possibilidade de progresso profissional e trabalho em rede); e *Resultado* (acolhimento do usuário na UPA; resolutividade do serviço na UPA; realização com o trabalho executado na UPA; valorização do trabalho pelo gestor e valorização do trabalho pelo usuário).

Foram utilizadas no questionário uma escala tipo *likert*, com respostas de 1 a 5, correspondendo aos níveis de satisfação: muito insatisfatório; insatisfatório; indiferente; satisfatório e muito satisfatório.

Também foram feitas entrevistas semiestruturadas com amostra representativa para complementar e aprofundar o estudo proposto, melhorando assim a compreensão dos dados da pesquisa. Caracterizar-se-á como semiestruturada, um tipo que, como ensina MINAYO (2005, p.108/9),

combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. [...] As diferentes formas de entrevistas se resumem em “estruturada” e “não-estruturada” entre as quais há várias modalidades que se diferenciam em maior ou menor grau pelo fato de serem mais ou menos dirigidas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no mesmo período da aplicação dos questionários, setembro e outubro de 2016. Destaca-se que a realização das entrevistas acontecia durante a jornada de trabalho do profissional, no local da pesquisa em questão, sendo este abordado durante suas atividades, apesar das limitações intrínsecas do próprio local do estudo que é uma unidade que atende urgência e emergência. No caso de aceite e de disponibilidade do profissional, a pesquisadora conduzia o sujeito do estudo para um local mais reservado possível (sala privativa) para poder diminuir o risco de exposição e desconforto decorrente do constrangimento ou da

vergonha que o entrevistado pudesse ter. Caso o profissional já estivesse em um local reservado a entrevista já era iniciada. Ressalta-se que o número de entrevistados foi definido a partir do critério de saturação de conteúdo das respostas durante o período de coleta de informações e que a realização das entrevistas aconteceu.

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), no decorrer da entrevista, é relevante que o pesquisador procure obter de cada material uma narração completa dos acontecimentos que expresse uma perspectiva específica, de forma que ele se coloque como alguém que não sabe sobre o assunto e que não possui nela interesses particulares.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Profissionais da saúde (Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que realizaram suas atividades laborais nas Unidades de Pronto Atendimento de Fortaleza e que trabalharam diretamente prestando assistência à saúde aos pacientes. Foram selecionadas as UPAs com maior e menor número de atendimento no mês anterior a coleta dos dados.

Foi realizada uma amostragem aleatória estratificada proporcional baseada em uma população de 221 de profissionais de saúde que atuam na UPA2, a qual teve maior número de atendimento em Fortaleza no mês anterior a coleta dos dados, e pela UPA1, detentora do menor número atendimento em Fortaleza no mês anterior a coleta dos dados. A amostra estratificada foi distribuída conforme tabela abaixo.

Tabela 1 – O erro amostral adotado foi de 5%.

Profissional	População	Amostra
UPA 2		
Médico	39	29
Enfermeiro	26	19
Técnico de enfermagem	43	32

UPA 1		
Médico	43	32
Enfermeiro	27	20
Técnico de enfermagem	43	32

Fonte: Autoria própria.

Participaram da entrevista 21 profissionais da saúde das UPAs estudadas, selecionados por prestarem assistência direta aos pacientes (médicos, enfermeiros e técnicos da enfermagem). Ressalta-se que o número de entrevistados foi definido a partir do critério de saturação de conteúdo das respostas durante o período de coleta de informações e que a realização das entrevistas aconteceu conforme a disponibilidade dos profissionais.

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais

PROFISSIONAL ENTREVISTADO	FORMAÇÃO	SEXO	UPA
1º	MÉDICO	F	2
2º	MÉDICA	F	2
3º	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	F	2
4º	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	F	2
5º	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	F	2
6º	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	F	2
7º	MÉDICO	M	2
8º	ENFERMEIRA	F	2
9º	MÉDICO	M	2
10º	ENFERMEIRA	F	2
11º	MÉDICO	M	2

12º	ENFERMEIRA	F	2
13º	MÉDICO	M	2
14º	MÉDICO	F	2
15º	MÉDICO	M	1
16º	MÉDICO	M	1
17º	MÉDICO	F	1
18º	ENFERMEIRA	F	1
19º	ENFERMEIRA	F	1
20º	ENFERMEIRA	F	1
21º	ENFERMEIRA	F	1

Fonte: Autoria própria.

O quadro de profissionais entrevistados pode ser assim descrito: vinte (21) profissionais da saúde, sendo sete (07) enfermeiros, quatro (04) técnicas de enfermagem e dez (10) médicos. Pode-se observar que a maioria dos entrevistados são médicos, tal fato pode ser explicado pela maior aceitação desta categoria em realizar as entrevistas, além do próprio ambiente, consultórios, serem mais favoráveis, e da própria rotina dos clínicos serem mais fáceis de serem administradas do que a rotina dos outros profissionais. Lembrando que existem setores que a rotatividade é maior e o tempo para um possível afastamento, para a realização da pesquisa, muitas vezes, não é possível.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Somando todos os atributos que constituem as categorias estudadas, totalizam 21 atributos: *Estrutura* (remuneração; recursos humanos, ambiência e quantidade de tarefas durante o serviço); *Processo* (treinamento/capacitação; quantidade de orientação que você recebe; qualidade da orientação que você recebe; oportunidades de conhecer coisas novas; gestão participativa; relacionamento com os colegas; relacionamento com a chefia imediata; trabalho em equipe; autonomia na realização de tarefas; estabilidade no

emprego; possibilidade de progresso profissional e trabalho em rede); e *Resultado* (acolhimento do usuário na UPA; resolutividade do serviço na UPA; realização com o trabalho executado na UPA; valorização do trabalho pelo gestor e valorização do trabalho pelo usuário).

Lembrando que cada atributo é avaliado por uma escala tipo *likert*, com respostas de 1 a 5, correspondendo aos níveis de satisfação: muito insatisfatório; insatisfatório; indiferente; satisfatório e muito satisfatório. Foi considerado nos resultados desse estudo que os atributos que foram marcados com 1 e 2 foram considerados insatisfeitos; marcado com 3 foram considerados como indiferentes e os itens marcados com 4 e 5 foram considerados satisfeitos, para determinar a satisfação ou insatisfação de cada atributo.

Para calcular o indicador de satisfação fez-se a soma das 21 questões do questionário, onde cada questão possui pontuação entre 1 a 5 pontos, ou seja, o indivíduo poderá ter no mínimo 21 pontos até 105 pontos. Como a métrica é importante para visualização dos dados, optou-se por modifica-la para a escala de 0 a 10, ou seja, o indivíduo com a pontuação mínima recebe 0 e aquele com 105 recebe 10.

Para o processamento dos dados quantitativos foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for the social Sciences*). As informações obtidas através deste processamento serão organizadas em tabelas que servirá de subsídio para a análise descritiva e de variância.

Foram utilizados os discursos como forma de complementar os dados quantitativos, assim tendo uma melhor compreensão dos resultados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e foram submetidos ao questionário e/ou à entrevista semiestruturada (APÊNDICE B).

Garantiu-se que a pesquisa não traria nenhum prejuízo aos trabalhadores, e que as informações seriam sigilosas e que não haveria divulgação utilizando seus nomes. As entrevistas e os questionários foram

realizados em locais reservados para diminuir o risco de exposição e/ou desconforto que os participantes da pesquisa poderiam ter.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme as normas e diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Para garantir o anonimato dos participantes, foi utilizado o nome trabalhador seguido por um número arábico, conforme a ordem de inserção dos profissionais no estudo, ficando: trabalhador 1, trabalhador 2, ... Tais designações acompanham os respectivos depoimentos. Ressalta-se que todas as informações fornecidas, ou que sejam conseguidas mediante entrevista, serão utilizadas somente para esta pesquisa. O presente estudo teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (CEPEP/ISGH).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO GLOBAL

Para melhor entendermos o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo.

Nesta seção, temos uma visão global, onde são descritos os resultados quantitativos, dividindo-se em variáveis demográficas: profissão, sexo, grau de instrução, estado civil, religião; e variáveis relacionadas às características trabalhistas: carga horária, turno e acúmulo de cargos. Também teremos a variável atividade física.

Tabela 2 – Resumo descritivo das características demográficas separada por grupo. Fortaleza/Ceará, 2016.

Variável	Grupo					
	UPA1		UPA2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profissão						
Médico	32	38,1	30	37,0	62	37,6
Enfermeiro	20	23,8	19	23,5	39	23,6
Técnico de enfermagem	32	38,1	32	39,5	64	38,8
Sexo						
Feminino	66	80,5	61	76,3	127	78,4
Masculino	16	19,5	19	23,8	35	21,6
Grau de instrução						
Médio completo	21	25,0	24	30,0	45	27,4
Superior incompleto	10	11,9	5	6,3	15	9,1
Superior completo	25	29,8	21	26,3	46	28,0
Especialização	24	28,6	26	32,5	50	30,5
Mestrado	4	4,8	4	5,0	8	4,9
Estado civil						
Casado	46	54,8	33	41,3	79	48,2
Solteiro	29	34,5	33	41,3	62	37,8
Viúvo	1	1,2	3	3,8	4	2,4
Divorciado	3	3,6	2	2,5	5	3,0
União estável	5	6,0	9	11,3	14	8,5
Filho						

Não	42	51,2	43	53,1	85	52,1
Sim	40	48,8	38	46,9	78	47,9
Religião						
Católico	54	64,3	57	70,4	111	67,3
Evangélico	12	14,3	19	23,5	31	18,8
Espírita	2	2,4	1	1,2	3	1,8
Ateu	3	3,6	0	0,0	3	1,8
Outros	13	15,5	4	4,9	17	10,3
Carga horária						
24 horas	30	36,1	29	35,8	59	36,0
30 horas	19	22,9	19	23,5	38	23,2
44 horas	32	38,6	32	39,5	64	39,0
Outras	2	2,4	1	1,2	3	1,8
Turno						
Serviço diurno	25	30,5	20	25,3	45	28,0
Serviço noturno	26	31,7	27	34,2	53	32,9
Escala mista	31	37,8	32	40,5	63	39,1
Acúmulo de cargo						
Não	48	57,8	43	53,1	91	55,5
Sim	35	42,2	38	46,9	73	44,5
Atividade física						
Sim	44	53,7	36	45,0	80	49,4
Não	38	46,3	44	55,0	82	50,6

Fonte: Autoria própria.

Pode-se observar que quanto a proporção por categoria, temos: 62 médicos (37,6%), 39 enfermeiros (23,6%), 64 (38,8%) técnicos de enfermagem, considerando o número global. O quantitativo de cada categoria foi obtido através de um cálculo prévio, considerando o número de profissionais por categorias em cada local do estudo, possibilitando uma amostra aleatória simples que garanta um erro amostral não superior a 5%.

Analisando por local de estudo, na UPA1 temos: 32 médicos (38,1%), 20 enfermeiros (23,8%), 32 técnicos de enfermagem (38,1%), já na UPA2 temos: 30 médicos (37%), 19 enfermeiros (29,5%), 32 técnicos de enfermagem (39,5%).

Observa-se que a maioria dos profissionais que responderam o questionário é do sexo feminino com 78,4% e 21,6 % do sexo masculino. Esse resultado é similar com os resultados encontrados em outros estudos, que mostram a feminização da profissão uma das tendências do trabalho em saúde

(PINTO *et al.*, 2010). Percebe-se também que a maioria dos profissionais são casados (48,2%) e católicos (67,3%).

No referente ao grau de instrução tivemos 45 profissionais com nível médio completo (27,4%), 15 profissionais com superior incompleto (9,1%), 46 pessoas com superior completo (28,0%), 50 profissionais com título de especialista (30,5%) e 8 profissionais com mestrado (4,9%). Podemos aferir que o número alcançado resulta das habilitações exigidas para o exercício das funções, conforme o cargo ocupado.

No entanto, observa-se que 34,4% dos técnicos de enfermagem possuem nível superior ou estão cursando, o que demonstra que uma quantidade significativa de profissionais desta categoria está buscando uma melhor qualificação profissional.

Quanto ao núcleo familiar, 52,1% dos entrevistados referiram não ter filhos, nem dependentes legais.

Com relação à carga horária, observa-se que a maioria dos profissionais executam 24, 30 ou 44 horas. Tal jornada de trabalho já é determinada pelo próprio serviço, onde os técnicos de enfermagem têm a maior carga horária (44 horas); o enfermeiro tem a jornada intermediária (30 horas) e o médico tem a menor carga horária (24 horas). Sendo que o último citado tem a escala mista, já as outras categorias têm que optar pelo turno diurno ou noturno.

Pode-se observar que a maioria dos profissionais do estudo (55%) não acumulam cargos. O que diverge de outros estudos que relatam que a maioria dos profissionais (67,5%) exercia atividades em outra instituição (PEREIRA *et al.*, 2014).

A prática de atividade física encontra-se quase que paritária entre os entrevistados: 80 profissionais (49,4%) praticam algum tipo de exercício físico contra 82 profissionais (50,6%) que referiram não praticar atividade física.

5.2 APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS POR UPA

Tabela 3 – Resumo descritivo na UPA1. Fortaleza/Ceará, 2016.

Variável	Profissional					
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	24	75,0	16	84,2	26	83,9
Masculino	8	25,0	3	15,8	5	16,1
Grau de instrução						
Médio completo	-	-	-	-	21	65,6
Superior incompleto	-	-	-	-	10	31,3
Superior completo	20	62,5	4	20,0	1	3,1
Especialização	12	37,5	12	60,0	-	-
Mestrado	-	-	4	20,0	-	-
Estado civil						
Casado	25	78,1	10	50,0	11	34,4
Solteiro	6	18,8	7	35,0	16	50,0
Viúvo	-	-	-	-	1	3,1
Divorciado	-	-	1	5,0	2	6,3
União estável	1	3,1	2	10,0	2	6,3
Filho						
Não	19	61,3	10	50,0	13	41,9
Sim	12	38,7	10	50,0	18	58,1
Religião						
Católico	19	59,4	17	85,0	18	56,3
Evangélico	4	12,5	2	10,0	6	18,8
Espírita	2	6,3	-	-	-	-
Ateu	2	6,3	-	-	1	3,1
Outros	5	15,6	1	5,0	7	21,9
Carga horária						
24 horas	30	93,8	-	-	-	-
30 horas	-	-	19	100,0	-	-
44 horas	-	-	-	-	32	100,0
Outras	2	6,3	-	-	-	-
Turno						
Serviço diurno	2	6,3	9	45,0	14	46,7
Serviço noturno	-	-	11	55,0	15	50,0
Escala mista	30	93,8	-	-	1	3,3
Acúmulo de cargo						
Não	14	43,8	10	50,0	24	77,4
Sim	18	56,3	10	50,0	7	22,6

Atividade física						
Sim	20	62,5	12	66,7	12	37,5
Não	12	37,5	6	33,3	20	62,5

Fonte: Autoria própria.

Observa-se que na UPA1 o sexo feminino predomina entre os profissionais em todas as categorias, sendo 75% dos médicos, 84,2% dos enfermeiros e 83,9% dos técnicos de enfermagem. No tocante, aos profissionais da classe de enfermagem isso é previsível, pois o sexo feminino, historicamente, predomina esta classe.

Abordando o grau de instrução, os profissionais da classe médica: 37,5% são especialistas, e dentre os entrevistados desta mesma classe ninguém possui mestrado ou doutorado. Já entre os enfermeiros 60% são especialistas e 20 % possuem mestrado. Em relação aos técnicos de enfermagem, 31,3% estão cursando o superior e 3,1% já possuem o nível superior completo.

Em relação à estrutura familiar, 78,1 % dos profissionais médicos são casados, sendo no total desta mesma classe 61,3% não possuem filhos. Os profissionais enfermeiros 50% são casados e 50% do total possuem filhos. Os técnicos de enfermagem 34,4% são casados e 18% do total referem possuir filhos.

A carga horária foi definida em edital de seleção pública prévia de admissão desses profissionais, e alguns casos são previsto em lei, como a carga horária dos médicos, sendo 24 horas semanais, o profissional enfermeiro são 30 horas semanais e o técnico de enfermagem 44 horas semanais. O profissional médico é o único que tem jornada de trabalho mista, com escala de plantão diurno e noturno, os enfermeiros e técnicos de enfermagem obedecem a escalas fixas, diurnas ou noturnas.

Em relação ao acúmulo de cargos, o profissional médico é o que tem maior percentual 56,3%, seguido dos enfermeiros 50%, e técnicos de enfermagem 22,6%. Portanto, observa-se que menor a carga horária maior a taxa de profissionais com acúmulo de cargos.

No quesito prática de atividade física, os enfermeiros são os mais atuantes 66,7% dos profissionais, logo depois vem os médicos com 62,5% e os técnicos de enfermagem 37,5%.

De acordo com os dados acima, podemos observar que quanto maior a carga horaria prestada pelos profissionais, menor a pratica de atividade física.

Em relação à religião, a católica predomina em todas as categorias: 59,4% dos médicos, 84% dos enfermeiros, 56,3% dos técnicos de enfermagem. No entanto, na classe médica 21,6% se dizem ateus ou outra religião.

Tabela 4 – Resumo descritivo na UPA2. Fortaleza/Ceará, 2016.

Variável	Profissional					
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	15	50,0	18	94,7	28	90,3
Masculino	15	50,0	1	5,3	3	9,7
Grau de instrução						
Médio completo	-	-	-	-	24	77,4
Superior incompleto	-	-	-	-	5	16,1
Superior completo	17	56,7	3	15,8	1	3,2
Especialização	11	36,7	14	73,7	1	3,2
Mestrado	2	6,7	2	10,5	-	-
Estado civil						
Casado	9	30,0	13	68,4	11	35,5
Solteiro	18	60,0	4	21,1	11	35,5
Viúvo	1	3,3	1	5,3	1	3,2
Divorciado	-	-	-	-	2	6,5
União estável	2	6,7	1	5,3	6	19,4
Filho						
Não	24	80,0	8	42,1	11	34,4
Sim	6	20,0	11	57,9	21	65,6
Religião						
Católico	23	76,7	14	73,7	20	62,5
Evangélico	4	13,3	4	21,1	11	34,4
Espírita	1	3,3	-	-	-	-
Ateu	-	-	-	-	-	-
Outros	2	6,7	1	5,3	1	3,1

Carga horária						
24 horas	29	96,7	-	-	-	-
30 horas	-	-	19	100,0	-	-
44 horas	-	-	-	-	32	100,0
Outras	1	3,3	-	-	-	-
Turno						
Serviço diurno	0	0,0	9	47,4	11	35,5
Serviço noturno	0	0,0	9	47,4	18	58,1
Escala mista	29	100,0	1	5,3	2	6,5
Acúmulo de cargo						
Não	12	40,0	10	52,6	21	65,6
Sim	18	60,0	9	47,4	11	34,4
Atividade física						
Sim	18	60,0	11	57,9	7	22,6
Não	12	40,0	8	42,1	24	77,4

Fonte: Autoria própria.

Em relação ao sexo dos participantes temos que entre os médicos dos 30 profissionais, 50% são do sexo feminino e 50% são do sexo masculino, dentre os enfermeiros foram 19 participantes dos quais 94,7 são do sexo feminino e somente 5,3% do sexo masculino, já entre os 31 técnicos de enfermagem entrevistados, 90,3% são do sexo feminino e 9,7% são do sexo masculino. Portanto, a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem são do sexo feminino, já para os médicos não existe essa feminização da categoria.

O grau de instrução dos entrevistados da UPA2 configura-se em: 56,7% dos médicos possuem apenas o nível superior completo, sendo 36,7% especialistas e 6,7% possuem mestrado; entre os enfermeiros, 73,7% são especialistas, 10,5% possuem mestrado e 15,8% possuem apenas graduação; os técnicos de enfermagem 77,4% possuem o nível técnico, 16,1% estão cursando uma graduação, 3, 2% tem nível superior completo, e 3,2% são especialistas. Portanto, pode-se observar que os enfermeiros cursam mais pós-graduação que os médicos e que uma parte dos técnicos de enfermagem preocupam-se em cursar uma graduação.

A estrutura familiar dos profissionais, 60 % dos profissionais médicos são solteiros, 30 % casados e considerando o total desta mesma classe 80% não possuem filhos. Os profissionais enfermeiros 68,4% são casados e do total dos enfermeiros entrevistados 57,9% do total possuem filhos. Os técnicos de

enfermagem 35,5% são casados, 35,5% são solteiros sendo que 65,6% do total referem possuir filhos.

Em relação à carga horária, assim como a UPA1, a UPA2 obedece a jornada 24 horas semanais para os médicos, os profissionais enfermeiros são 30 horas semanais e os técnicos de enfermagem 44 horas semanais. O acúmulo de cargos, o profissional médico é o que tem maior percentual 60%, seguido dos enfermeiros 47,4%, e técnicos de enfermagem 34,4%, perfil similar a UPA1.

No tocante à religião, a católica predomina em todas as categorias assim como a UPA1: 76,7% dos médicos, 73,7% dos enfermeiros, 62,5% dos técnicos de enfermagem.

No quesito prática de atividade física, os médicos são os mais atuantes 60% dos profissionais, logo depois vêm os enfermeiros com 57,9% e os técnicos de enfermagem 22,9%.

5.3 COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE AS UPAS

Nessa seção compara-se a pontuação adquirida com relação a nível satisfação. Para calcular o indicador de satisfação fez-se a soma das 21 questões do questionário, onde cada questão possui pontuação entre 1 a 5 pontos, ou seja, o indivíduo poderá ter no mínimo 21 pontos até 105 pontos. Como a métrica é importante para visualização dos dados, optou-se por modifica-la para a escala de 0 a 10, ou seja, o indivíduo com a pontuação mínima recebe 0 e aquele com 105 recebe 10.

Após verificada a pontuação da satisfação, comparou-se a satisfação média dos participantes entre as características sociodemográficas.

Para avaliar se há ou não diferenças nas médias nas seguintes variáveis sociodemográficas se aplicou o teste de *Kruskal-Wallis*. É um teste não paramétrico que avalia se existe diferença estatística significativa entre as médias das k categorias do grupo de um dado fenômeno em estudo. Os grupos aqui são cada variável sociodemográfica e as k categorias são as possíveis opções de resposta.

Para concluir que houve significância considera-se o nível de 10%, isto indica que se o p-valor for menor que 0,10 então podemos evidenciar que existe diferença entre as médias comparadas, se for maior que 0,10 então as categorias do grupo produzem estatisticamente a mesma média.

Iniciamos a comparação mostrando o escore médio de cada indicador em cada característica sócio demográfico contido na pesquisa, logo abaixo encontra-se o p-valor obtido na comparação.

Então, podemos concluir, por exemplo:

- a) Comparando a variável profissão percebe-se que o p-valor na UPA1 foi 0,865, ou seja, maior que 0,10. Isso indica que a satisfação média entre Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem é a mesma, como podemos observar logo em baixo. Como aceitamos a hipótese de que há igualdade entre as médias, então considera-se uma média global única no valor de 5,6.
- b) Já na UPA2 nota-se que o p-valor (0,002) foi menor que 0,10, portanto, existe diferença na satisfação média entre os profissionais. Logo, os médicos possuem satisfação média maior, 7,2, e os técnicos possuem a menor satisfação.
- c) Considerando a amostra completa, percebe-se que houve diferenças entre os profissionais com um todo. Ou seja, médicos possuem em média satisfação maior do que outros profissionais.

Considerando a média de satisfação global, avaliando todas as categorias, os profissionais da UPA2 têm maior média de satisfação 6,6, sendo que a UPA1 tem média de 5,6. E média global de 6,1 quando avaliado todos os profissionais, sem distinguir por UPA.

Tabela 5 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos e o grupo da pesquisa. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Grupo		
	UPA1	UPA2	Total
Média Global	5,6	6,6	6,1
Profissão			
Médico	5,6	7,2	6,3
Enfermeiro	5,6	6,6	6,1
Técnico de enfermagem	5,6	6,0	5,8
P-valor	0,865	0,002	0,053
Sexo			
Feminino	5,5	6,5	6,0
Masculino	5,9	7,0	6,5
P-valor	0,374	0,098	0,067
Grau de instrução			
Médio completo	5,7	5,8	5,7
Superior incompleto	5,4	6,2	5,7
Superior completo	5,7	7,4	6,5
Especialização	5,5	6,7	6,1
Mestrado	5,3	6,9	6,1
P-valor	0,924	0,001	0,081
Estado civil			
Casado	5,7	6,6	6,0
Solteiro	5,5	6,8	6,2
Viúvo	4,8	6,5	6,1
Divorciado	4,4	6,2	5,1
União estável	5,6	5,8	5,7
P-valor	0,463	0,288	0,346
Filho			
Não	5,4	6,7	6,1
Sim	5,8	6,5	6,1
P-valor	0,498	0,563	0,971
Religião			
Católico	5,4	6,8	6,1
Evangélico	6,2	6,1	6,2
Espírita	4,9	7,7	5,9
Ateu	4,8		4,8
Outros	5,9	6,4	6,0
P-valor	0,618	0,244	0,756
Carga horária			
24 horas	5,4	7,2	6,3
30 horas	5,5	6,6	6,1
44 horas	5,6	6,0	5,8

Outras	7,3	6,3	7,0
P-valor	0,359	0,004	0,089
Turno			
Serviço diurno	6,1	6,6	6,3
Serviço noturno	5,2	5,9	5,6
Escala mista	5,5	7,3	6,4
P-valor	0,175	0,000	0,006
Acúmulo de cargo			
Não	5,6	6,5	6,0
Sim	5,6	6,7	6,2
P-valor	0,960	0,268	0,511
Atividade física			
Sim	5,2	6,8	5,9
Não	5,8	6,5	6,2
P-valor	0,156	0,228	0,567

Fonte: Autoria própria.

Estratificando as informações acima podemos concluir que os médicos lotados na UPA2 tem um maior nível de satisfação média com 7,2, comparando aos médicos lotados na UPA1 com 5,6. Isso se mantém em todas as classes, no caso dos enfermeiros da UPA2 a satisfação média foi 6,6 e dos enfermeiros da UPA1 foi 5,6; técnico de enfermagem UPA2 (6,0) e técnicos da UPA1 (5,6) de satisfação média. Assim os médicos lotados na UPA2 são os profissionais mais satisfeitos fazendo o comparativo.

Em relação ao sexo, os profissionais da UPA1 não houve diferença significativa p-valor (0,374), ficando os profissionais do sexo feminino com 5,5 e do sexo masculino com 5,9 de satisfação média.

No entanto, comparando-se o nível de satisfação entre profissionais de diferente sexo na UPA2, houve uma diferença (p-valor 0,098), sendo os profissionais do sexo masculinos mais satisfeitos com 7,0 e os profissionais do sexo feminino com menor nível de satisfação com 6,5 de média.

Avaliando o nível de satisfação em relação ao grau de instrução dos entrevistados, resultou que não houve diferença entre os profissionais da UPA1 (p=0,924), contudo, quando comparamos os profissionais lotados na UPA2, a média de satisfação mudou conforme o grau de instrução dos profissionais, resultando na seguinte escala de satisfação: nível superior completo 7,4; profissionais com mestrado (6,9); especialistas (6,7); superior incompleto (6,2);

nível médio completo (5,8). Conclui-se que os profissionais com nível superior completo são os mais satisfeitos.

Não houve uma diferença significativa na média de satisfação em relação aos critérios: estado civil, ter filhos e religião, porém a média de satisfação estratificada nesses quesitos dos profissionais da UPA2 ficou superior às médias dos profissionais da UPA1.

Em relação à carga horária não houve diferença de satisfação entre os profissionais da UPA1 (p-valor 0,359), contudo na UPA2 houve diferença (p-valor 0,004), sendo que os médicos respeitando a carga horária de 24 horas semanais, com maior média (7,2), em seguida, vêm os enfermeiros com carga horária de 30 horas semanais, com média de 6,6, e por último os técnicos de enfermagem com carga horária de 44 horas semanais, com média de 6,0. Portanto quanto maior a carga horária exigida, menor a média de satisfação dos profissionais.

Quanto ao turno de trabalho, de forma geral, considerando as duas UPAS houve diferença na média de satisfação p-valor 0,006, uma vez que os profissionais que cumprem escala mista tiveram média de 6,4, a seguir, os profissionais do serviço diurno com 6,3 e por último, os profissionais do serviço noturno com a menor média 5,6. É relevante pontuar que os profissionais que cumprem escala mista são os que têm a menor carga horária.

As categorias acúmulo de cargo e prática de atividade física não gerou diferenças no nível de satisfação com p-valor, respectivamente, de 0,511 e 0,567.

Em resumo, verificou-se que na UPA1 não encontramos nenhum resultado significativo, ou seja, há evidência que comparando entre os aspectos sociodemográficos. Os indivíduos possuem satisfação média no valor de 5,6, independente da comparação sociodemográfica em análise.

Já na UPA2 houve diferença significativa nas comparações: Profissão, Sexo, Grau de Instrução, Carga horária e Turno.

5.4 COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE OS PROFISSIONAIS

De maneira similar ao realizado na seção anterior, aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para avaliar o escore da satisfação comparando os fatores sociodemográficos em cada profissional. As análises seguintes foram divididas para cada UPA.

Tabela 6 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA1. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Grupo		
	Médico	Enfermeiro	Técnico Enfermagem
Média Global	5,57	5,58	5,55
Sexo			
Feminino	5,4	5,3	5,7
Masculino	6,0	7,0	5,1
P-valor	0,384	0,117	0,390
Grau de instrução			
Médio completo	-	-	5,7
Superior incompleto	-	-	5,4
Superior completo	5,7	5,8	4,8
Especialização	5,3	5,6	-
Mestrado	-	5,3	-
P-valor	0,508	0,747	0,771
Estado civil			
Casado	5,6	5,5	5,9
Solteiro	5,5	5,5	5,6
Viúvo	-	-	4,8
Divorciado	-	5,1	4,0
Uniao estável	4,2	6,4	5,5
P-valor	0,429	0,854	0,420
Filho			
Não	5,6	5,3	5,4
Sim	5,7	5,9	5,8
P-valor	0,935	0,650	0,602
Religião			
Católico	5,2	5,8	5,2
Evangélico	6,5	4,1	6,7
Espírita	4,9	-	-
Ateu	5,8	-	2,6
Outros	6,2	5,4	5,8

P-valor	0,407	0,423	0,187
Carga horária			
24 horas	5,4	-	-
30 horas	-	5,5	-
44 horas	-	-	5,6
Outras	7,3	-	-
P-valor	0,043	-	-
Turno			
Serviço diurno	5,7	6,7	5,7
Serviço noturno	-	4,7	5,6
Escala mista	5,6	-	4,8
P-valor	0,969	0,011	0,803
Acúmulo de cargo			
Não	5,6	5,9	5,4
Sim	5,5	5,3	6,3
P-valor	0,595	0,289	0,256
Atividade física			
Sim	5,3	5,5	4,9
Não	6,0	5,1	5,9
P-valor	0,213	0,453	0,070

Fonte: Autoria própria.

Comparando a média de satisfação por grupo na UPA1 encontramos numa escala já mencionada de 0 a 10, os médicos com 5,57; enfermeiros com 5,58 e técnicos de enfermagem 5,55.

Não houve diferença significativa nas médias de satisfação das categorias profissionais em relação aos sexos dos participantes, na classe médica o p-valor foi de 0,384, entre os enfermeiros foi de 0,117 e entre os técnicos de enfermagem 0,390. Seguindo a mesma linha as categorias: grau de instrução, estado civil, religião, ter filhos, quando analisada e estratificada não gerou diferença significativa entre as médias.

No tocante a carga horaria, os médicos que atendem sua jornada pré-estabelecida de 24 horas, tem média de satisfação de 5,4, já os que cumprem carga horária diferenciada apresentaram uma maior satisfação 7,3, as outras categorias profissionais não possuem carga horaria diferenciada, assim, não altera suas médias de satisfação.

No que diz respeito ao turno de trabalho, os enfermeiros foram os únicos profissionais que o nível de satisfação se alterou conforme a escala de

serviço com p-valor de 0,011, os enfermeiros do serviço diurno apresentaram média de 6,7, já os do serviço noturno ficou com média de 4,7.

Em referência a prática de atividade física a categoria de técnicos de enfermagem teve uma relativa mudança no nível de satisfação p-valor 0,070: os que praticavam atividade tiveram média de 4,9, e os que não praticavam teve média de 5,9.

Tabela 7 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA2. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Grupo		
	Médico	Enfermeiro	Técnico Enfermagem
Média Global	7,18	6,62	6,05
Sexo			
Feminino	7,4	6,5	6,0
Masculino	7,0	9,0	6,7
P-valor	0,245	0,100	0,403
Grau de instrução			
Médio completo	-	-	5,8
Superior incompleto	-	-	6,2
Superior completo	7,5	6,7	7,4
Especialização	6,8	6,5	7,4
Mestrado	6,7	7,1	-
P-valor	0,182	0,954	0,248
Estado civil			
Casado	6,9	6,6	6,2
Solteiro	7,4	6,0	6,1
Viúvo	5,6	9,0	5,0
Divorciado	-	-	6,2
União estável	6,7	6,8	5,3
P-valor	0,189	0,304	0,497
Filho			
Não	7,3	6,2	5,8
Sim	6,8	6,9	6,2
P-valor	0,350	0,148	0,499
Religião			
Católico	7,3	6,8	6,1
Evangélico	6,4	5,7	6,2
Espírita	7,7	-	-
Ateu	-	-	-
Outros	7,0	7,7	3,9

P-valor	0,259	0,302	0,231
Carga horária			
24 horas	7,2	-	-
30 horas	-	6,6	-
44 horas	-	-	6,0
Outras	6,3	-	-
P-valor	0,298	-	-
Turno			
Serviço diurno	-	6,7	6,5
Serviço noturno	-	6,3	5,7
Escala mista	7,2	9,0	7,1
P-valor	-	0,241	0,090
Acúmulo de cargo			
Não	7,2	6,8	6,0
Sim	7,2	6,4	6,1
P-valor	0,832	0,713	0,781
Atividade física			
Sim	7,0	7,1	5,9
Não	7,5	6,0	6,1
P-valor	0,351	0,137	0,449

Fonte: Autoria própria.

Comparando a média de satisfação por grupo na UPA2 encontramos que os médicos (7,18) são mais satisfeitos que os enfermeiros (6,62) e os técnicos com 6,05.

Em relação ao sexo, observa-se uma diferença significativa da satisfação dos enfermeiros. Os enfermeiros do sexo masculino (9,0) apresentaram o nível de satisfação maior que os enfermeiros do sexo feminino (6,5), com valor do p-valor de 0,100.

Houve também uma diferença significativa em relação ao turno de trabalho, os trabalhadores com escala mista (7,1) apresentaram o nível de satisfação maior que os outros horários. Porém, a satisfação dos trabalhadores do serviço diurno (6,5) foi maior que a satisfação do serviço noturno (5,7). Vale ressaltar que os trabalhadores que realizam escala mista são os trabalhadores com menor carga horária, 24 horas. Os outros fatores como: grau de instrução; estado civil; filho; religião; carga horária; acúmulo de cargo e atividade física não mostram diferença significativa no nível de satisfação entre os cargos.

5.5 COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO MÉDIA ENTRE AS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS

Nesta seção, fez-se a mesma metodologia empregada nas seções anteriores: comparação dentro de cada UPA e comparação em cada profissional. Comparam-se somente as variáveis: Idade, tempo de serviço na UPA e Tempo de profissão.

Tabela 8 – Resumo descritivo das características demográficas separada por grupo. Fortaleza/Ceará, 2016.

Variável	Grupo					
	UPA1		UPA2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de serviço na UPA						
< 2 anos	19	22,9	19	23,8	38	23,3
2 anos	24	28,9	18	22,5	42	25,8
3 anos	16	19,3	15	18,8	31	19,0
4 anos	24	28,9	28	35,0	52	31,9
Idade						
Até 30 anos	22	29,7	28	39,4	50	34,5
31 até 35 anos	29	39,2	20	28,2	49	33,8
36 até 40 anos	12	16,2	11	15,5	23	15,9
A partir de 41 anos	11	14,9	12	16,9	23	15,9
Tempo de profissão						
Até 5 anos	25	31,6	27	34,6	52	33,1
6 até 10 anos	39	49,4	27	34,6	66	42,0
A partir de 11 anos	15	19,0	24	30,8	39	24,8

Fonte: Autoria própria.

De forma geral, considerando as duas UPAs e todas as classes profissionais, 52 (31,9%) dos entrevistados têm quatro anos ou mais de serviço na UPA, 42 (25,8%) dos entrevistados com dois anos, 38 (23,3%) dos entrevistados tem menos de dois anos e 31(19%) dos entrevistados tem três anos.

Considerando a idade dos participantes da pesquisa, 50 (34,5%) tem menos de 30 anos de idade, 49 (33,8%) tem de 31 a 35 anos, 23 (15,9%) tem

de 36 a 40 anos, e 23 (15,9%) tem mais de 41 anos. Portanto, a maior parte dos entrevistados tem menos de 35 anos (68,3%).

Em relação ao tempo de profissão, observa-se que a maioria 75,1% exerce a profissão no período de 1 a 10 anos. Este resultado também é encontrado em outros estudos, onde mais da metade dos respondentes atuava profissionalmente num período compreendido entre 1 e 10 anos (PEREIRA *et al.*, 2014).

5.6 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DE TEMPO DE SERVIÇO NA UPA, IDADE E TEMPO DE PROFISSÃO DE ACORDO COM A PROFISSÃO

Tabela 9 – Resumo descritivo na UPA1. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Profissional					
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de serviço na UPA						
< 2 anos	9	29,0	5	25,0	5	15,6
2 anos	6	19,4	4	20,0	14	43,8
3 anos	5	16,1	0	0,0	11	34,4
4 anos	11	35,5	11	55,0	2	6,3
Idade						
Até 30 anos	10	38,5	4	21,1	8	27,6
31 até 35 anos	13	50,0	10	52,6	6	20,7
36 até 40 anos	2	7,7	3	15,8	7	24,1
A partir de 41 anos	1	3,8	2	10,5	8	27,6
Tempo de profissão						
Até 5 anos	17	60,7	2	10,0	6	19,4
6 até 10 anos	10	35,7	13	65,0	16	51,6
A partir de 11 anos	1	3,6	5	25,0	9	29,0

Fonte: Autoria própria.

Analisando a variável tempo de serviço constatou-se que os enfermeiros é a categoria que têm maior tempo de serviço na UPA1, uma vez que 55% tem 4 anos de serviço, em seguida vem os médicos com 35,5% como mesmo tempo de permanência. Observa-se também que a maioria dos técnicos (59,4%) tem 2 anos ou menos de tempo de serviço na UPA, assim como a maioria dos médicos também (48,4%).

Considerando a variável idade pode-se observar que a maioria dos médicos (88,5%) e enfermeiros (73,7%) tem idade igual ou menor a 35 anos, já o grupo dos técnicos a maioria (51,7%) possuem a idade igual ou menor a 35 anos. Tal resultado diverge do resultado do estudo de Schmidt *et al.* (2013), em que os profissionais possuíam idade média de 42,4.

Considerando a variável tempo de profissão observa-se que a maioria dos médicos (60,7%) tem até 05 anos de profissão, é a categoria que apresentou o menor tempo de profissão. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem foram as categorias que apresentaram maior tempo de profissão, 65% dos enfermeiros e 51,6% dos técnicos apresentaram 6 a 10 anos de profissão e 25% dos enfermeiros e 29% dos técnicos de enfermagem tinham tempo de profissão igual ou maior que 11 anos.

Tabela 10 – Resumo descritivo na UPA2. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Profissional					
	Médico		Enfermeiro		Técnico de enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de serviço na UPA						
< 2 anos	13	43,3	2	10,5	4	12,9
2 anos	9	30,0	3	15,8	6	19,4
3 anos	3	10,0	5	26,3	7	22,6
4 anos	5	16,7	9	47,4	14	45,2
Idade						
Até 30 anos	16	59,3	5	33,3	7	24,1
31 até 35 anos	8	29,6	4	26,7	8	27,6
36 até 40 anos	2	7,4	4	26,7	5	17,2
A partir de 41 anos	1	3,7	2	13,3	9	31,0
Tempo de profissão						
Até 5 anos	20	69,0	2	11,1	5	16,1
6 até 10 anos	7	24,1	8	44,4	12	38,7
A partir de 11 anos	2	6,9	8	44,4	14	45,2

Fonte: Autoria própria.

Observa-se que a maioria dos médicos (73,3%) tem dois anos ou menos de serviço na UPA, o que mostra que nesta UPA a rotatividade é maior dos médicos que outras categorias. Já a maioria dos enfermeiros (73,7%) e

dos técnicos (67,8%) tem o tempo de serviço igual ou maior a 3 anos de profissão.

Considerando a variável idade pode-se observar que a maioria dos médicos (88,9%) e enfermeiros (60%) tem idade igual ou menor que 35 anos, sendo a categoria médica a categoria mais jovem. Os técnicos de enfermagem é a categoria que tem a maior idade entre as categorias (48,2%).

Considerando a variável tempo de profissão observa-se que a maioria dos médicos (69%) tem até 5 anos de profissão, sendo a categoria que tem o menor tempo de profissão. Os enfermeiros (88,8%) e os técnicos de enfermagem (83,9%) têm um tempo de profissão maior, igual ou maior que 06 anos de profissão.

Tabela 11 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos e o grupo da pesquisa. Fortaleza/Ceará, 2016.

Variável	Grupo		
	UPA1	UPA2	Total
Tempo de serviço na UPA			
< 2 anos	5,9	7,2	6,6
2 anos	5,4	6,0	5,7
3 anos	5,4	6,9	6,1
4 anos	5,6	6,4	6,1
P-valor	0,678	0,021	0,071
Idade			
Até 30 anos	6,1	6,6	6,4
31 até 35 anos	5,0	6,5	5,6
36 até 40 anos	6,2	6,3	6,2
A partir de 41 anos	5,6	6,6	6,1
P-valor	0,036	0,947	0,076
Tempo de profissão			
Até 5 anos	5,9	7,0	6,5
6 até 10 anos	5,2	6,0	5,6
A partir de 11 anos	6,0	6,6	6,4
P-valor	0,201	0,033	0,006

Fonte: Autoria própria.

Considerando a variável tempo de serviço na UPA, observa-se que aqueles funcionários que tem menos tempo de serviço tem uma satisfação maior. Na UPA1, percebe-se que o nível de satisfação mantém níveis de

satisfação próximos, não havendo diferença significativa. Portanto, pode-se afirmar que na UPA1 o tempo de serviço não interferiu no nível de satisfação. Já na UPA2 pode-se observar que houve uma diferença significativa de satisfação (p-valor 0,021) de acordo com o tempo de serviço, aqueles que têm tempo de serviço menor que 2 anos tem um nível maior de satisfação que aqueles que tem maior tempo de serviço.

Considerando a idade, percebe-se que na UPA1 tem uma diferença significativa de satisfação (p-valor 0,036) entre as idades. A idade até 30 anos (6,1) e de 36 até 40 (6,2) apresentaram maior satisfação que as outras. Já a UPA2 não apresentou diferença significativa (p-valor 0,947) na satisfação entre as idades, mantendo a média de satisfação 6,5.

5.7 ANÁLISE DA SATISFAÇÃO MÉDIA DOS PROFISSIONAIS COMPARADO COM OS FATORES DEMOGRÁFICOS

Tabela 12 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA1. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Grupo		
	Médico	Enfermeiro	Técnico Enfermagem
Tempo de serviço na UPA			
< 2 anos	6,1	5,6	5,7
2 anos	5,1	4,8	5,7
3 anos	5,5	-	5,3
4 anos	5,4	5,9	5,3
P-valor	0,597	0,514	0,876
Idade			
Até 30 anos	5,8	5,7	6,7
31 até 35 anos	5,4	4,7	4,4
36 até 40 anos	5,1	7,2	6,0
A partir de 41 anos	4,6	6,3	5,6
P-valor	0,953	0,072	0,064
Tempo de profissão			
Até 5 anos	6,0	5,4	5,7
6 até 10 anos	5,4	5,4	5,0
A partir de 11 anos	4,6	6,2	6,1
P-valor	0,356	0,780	0,142

Fonte: Autoria própria.

Verifica-se que não há diferença significativa na satisfação dos profissionais na variável *tempo de serviço na UPA*. Na variável idade, os médicos têm o mesmo nível de satisfação. Percebe-se que há uma diferença significativa (p-valor 0,072) na satisfação dos enfermeiros. Os enfermeiros com idade até 30 anos tem uma satisfação menor (5,7) que as outras idades, já os enfermeiros com idade de 36 a 40 tem um maior nível de satisfação (7,2). Em relação a variável tempo de profissão não há diferença significativa na satisfação, a média é 5,6.

Tabela 13 – Escore da satisfação média comparando fatores demográficos entre os profissionais na UPA2. Fortaleza/Ceará, 2016.

	Grupo		
	Médico	Enfermeiro	Técnico Enfermagem
Tempo de serviço na UPA			
< 2 anos	7,4	7,6	6,7
2 anos	6,7	5,1	5,5
3 anos	7,9	7,6	5,9
4 anos	7,1	6,3	6,3
P-valor	0,239	0,045	0,398
Idade			
Até 30 anos	7,3	5,8	5,5
31 até 35 anos	7,0	6,9	5,8
36 até 40 anos	6,7	6,0	6,3
A partir de 41 anos	7,9	7,6	6,2
P-valor	0,610	0,316	0,544
Tempo de profissão			
Até 5 anos	7,4	5,7	6,0
6 até 10 anos	6,6	6,1	5,6
A partir de 11 anos	6,7	7,3	6,2
P-valor	0,211	0,153	0,428

Fonte: Autoria própria.

De acordo com a variável de *tempo de serviço na UPA* percebe-se que não há diferença significativa da satisfação na categoria dos médicos nos diferentes tempos de serviço. Pode-se observar isso também na categoria dos técnicos de enfermagem.

Na variável idade também não houve diferença significativa da satisfação das três categorias nas diferentes idades. Assim, como na categoria tempo de profissão.

5.8 COMPARAÇÃO DA SATISFAÇÃO ENTRE AS UPAS

**Tabela 14 – Nível de satisfação para cada dimensão em cada UPA.
Fortaleza/Ceará, 2016.**

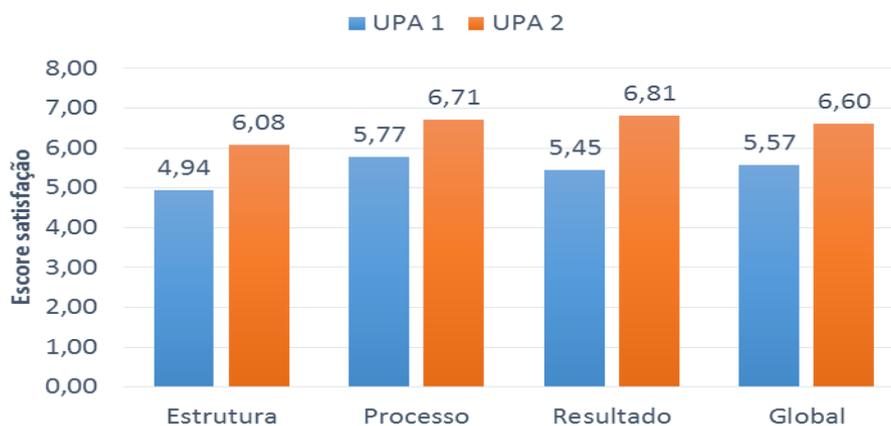
Dimensão	UPA1*	UPA2*	P-valor	Total
	Média	Média		Média
Estrutura	4,94	6,08	<0,001	5,50
Processo	5,77	6,71	<0,001	6,23
Resultado	5,45	6,81	<0,001	6,12
Global	5,57	6,60	<0,001	6,07

Fonte: Autoria própria.

Nesta seção, compara-se a satisfação média dos entrevistados com relação às três dimensões analisadas e no escore global (considera-se as 21 questões), separada para cada UPA. Novamente, aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Então, temos como conclusão:

- a) Em todas as comparações o p-valor obtido foi menor que 0,10, portanto, podemos afirmar que houve diferenças na comparação do escore médio da satisfação em cada dimensão analisada. Ou seja, a UPA2 obteve maiores escores em todas as comparações (três dimensões e no escore global).
- b) A UPA1 teve seu maior índice de satisfação na dimensão processo e sua menor satisfação na dimensão resultado. Observa-se que na UPA2 a maior satisfação foi na dimensão resultado e a menor na dimensão estrutura.

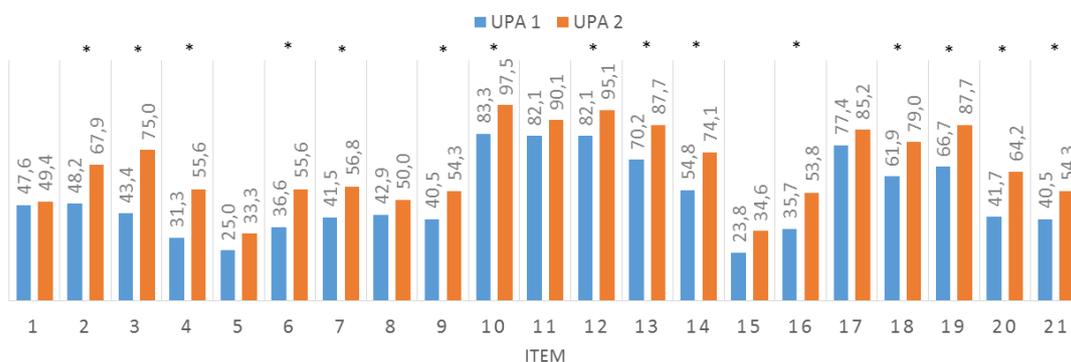
Gráfico 1 – Comparação da satisfação média de cada dimensão em cada UPA. Fortaleza/Ceará, 2016.



Fonte: Autoria própria.

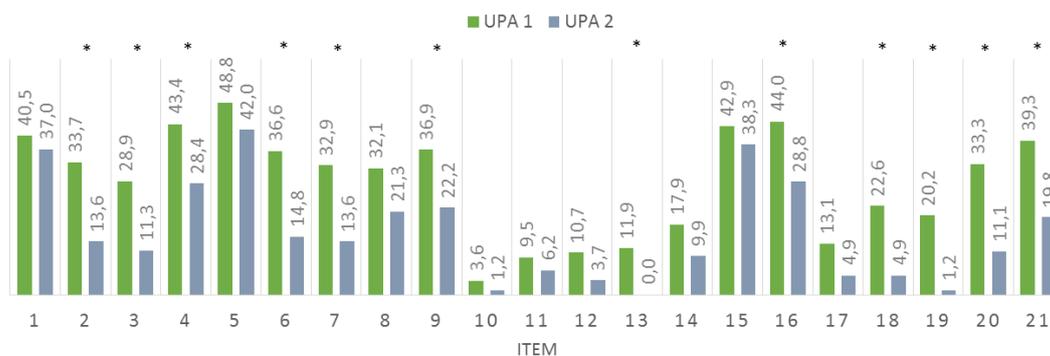
No gráfico a seguir comparou-se a proporção da satisfação entre cada UPA. Aplicou-se o teste de Homogeneidade (qui-quadrado) para avaliar se a porcentagem de satisfação é igual entre as UPAs. Os itens com asteriscos são os casos onde tivemos resultados significativos, ou seja, existe diferença entre as porcentagens. Os casos que não contém * podemos afirmar que a satisfação foi similar entre as UPAs.

Gráfico 2 – Nível de satisfação dos atributos em cada UPA. Fortaleza/Ceará, 2016.



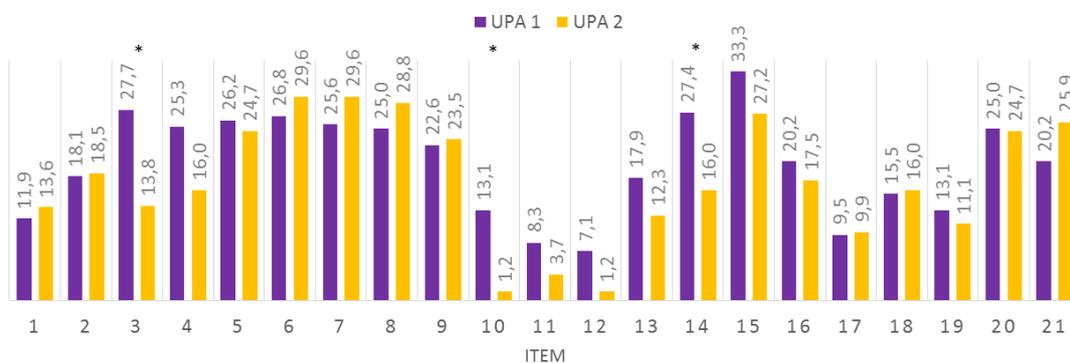
Fonte: Autoria própria.

Gráfico 3 – Nível de insatisfação dos atributos em cada UPA.
Fortaleza/Ceará, 2016.



Fonte: Autoria própria.

Gráfico 4 – Nível de indiferença nos atributos em cada UPA.
Fortaleza/Ceará, 2016.



Fonte: Autoria própria.

Na tabela a seguir descreve-se o p-valor de cada comparação realizada anteriormente. Ou seja, cada * no gráfico contém resultados significativos, pois o p-valor foi menor que 0,10. Os valores em negritos são aqueles menores que 0,10.

**Tabela 15 – P-valor da comparação da proporção entre as UPAs.
Fortaleza/Ceará, 2016.**

Item	Satisfação	Indiferente	Insatisfação
1	0,877	0,818	0,750
2	0,012	1,000	0,003
3	0,000	0,034	0,006
4	0,003	0,178	0,052
5	0,304	0,860	0,435
6	0,019	0,730	0,002
7	0,061	0,602	0,005
8	0,434	0,602	0,158
9	0,087	1,000	0,043
10	0,003	0,005	0,621
11	0,178	0,329	0,566
12	0,013	0,117	0,132
13	0,008	0,388	0,001
14	0,014	0,091	0,178
15	0,170	0,403	0,635
16	0,028	0,694	0,052
17	0,234	1,000	0,103
18	0,018	1,000	0,001
19	0,002	0,813	0,000
20	0,005	1,000	0,001
21	0,087	0,460	0,007

Fonte: Autoria própria.

5.9 ANÁLISE DESCRITIVA DA SATISFAÇÃO DOS ATRIBUTOS E DO CONTEÚDO

Quanto ao atributo *remuneração* observa-se que o nível de satisfação das duas UPAs foi: 47,6 % na UPA1 e 49,4% na UPA2. O que mostra que a maioria dos profissionais das duas UPAs está insatisfeita ou indiferente a esse atributo. Nas entrevistas percebe-se que os trabalhadores levam esse atributo como importante para se ter uma melhor qualidade de vida, para se elevar a satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, para se ter um serviço mais humanizado.

O estudo de Batista *et al.* (2005) que investigou fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro com ênfase na remuneração e

condições laborais, percebeu que a remuneração se apresenta como um fator de motivação no trabalho, não sendo, entretanto, o principal motivador, sendo referido como outros fatores motivacionais: gostar do que faz, relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional, possibilidade de obter crescimento profissional.

Para que se tenha um atendimento mais humanizado é necessário mais investimento, a carga de trabalho não é compatível com o que recebe. Isso eu tô falando do maqueiro até o médico, você vê que eles têm que trabalhar muito, o técnico tem que trabalhar muito, o enfermeiro tem que trabalhar muito para pagar um plano de saúde, para colocar o filho no colégio (TRABALHADOR 13).

Eu acho que tem determinadas pessoas que acham algo e é diferente, algumas pessoas pensam em ganhar algo e é diferente. Às vezes já vem chateado e trás o problema pra cá, tudo isso influencia no trabalho...E o paciente não tem culpa de quanto a gente ganha...A insatisfação do profissional, infelizmente, ele desconta no paciente. Sou feliz na UPA, é onde eu levo o meu sustento, posso ajudar a minha família (TRABALHADOR 08).

Nossas gratificações em relação ao nosso salário deveriam ser melhor [...]. Realmente o que eu fico mais triste na saúde é a baixa remuneração, eu não reclamo do trabalho, mas a remuneração é muito pouca. Como eu trabalho muito aqui e em casa eu adquire vários problemas de saúde [...]. Infelizmente quem trabalha na área da saúde tem muito problema de saúde por conta da carga horária, quem tem dois empregos não vive. Só trabalhando, trabalhando, para ter uma renda melhor e quem tem só um emprego, como eu, não consegue fazer muita coisa. Infelizmente é a profissão que eu quero para o resto da minha vida, mas eu gostaria que um dia alguém entendesse que a gente precisaria ganhar melhor, pra gente ter uma qualidade de vida melhor. A minha queixa maior é essa mesmo (TRABALHADOR 06).

Quanto ao atributo *recursos humanos* percebe-se que a UPA2 (48,2%) teve um nível de satisfação consideravelmente maior que a UPA1 (67,9%), apesar do número de atendimento da UPA2 ser maior que o número de atendimento da UPA1. Nas falas relacionadas a esta categoria percebe-se que o grande número de atendimento dificulta o tratamento humanizado.

Para se ter um tratamento mais humanizado é necessário aumentar a quantidade de profissionais, aqui três médicos para suprir 400 atendimentos por dia dá uma quantidade enorme de atendimento para cada. Nosso atendimento é bem rápido, bem resolutivo mesmo. Esse é um dos principais problemas (TRABALHADOR 07).

Na UPA, a humanização é meio difícil existir, porque o tipo de atendimento que você faz aqui, o volume de atendimento que você faz aqui, é um atendimento que você tem respeito pelo paciente, só que você vê que não é o atendimento que o paciente merece. Você atender 80, 90 pacientes em um plantão diurno é muita coisa, se você não fizer esses atendimentos, você vai deixar 60, 70 pacientes na

espera. Para uma UPA ser humanizada você teria que ter uma adequação do número de atendimento de médico para os pacientes. Você ter um tempo mínimo para ter um atendimento de qualidade (TRABALHADOR 15).

Quanto ao atributo *ambiência*, o nível de satisfação da UPA2 também foi maior (75%) do que a UPA1 (43,4%). Na fala dos entrevistados percebe-se que um ambiente confortável para o profissional, com estrutura física adequada, para o profissional e para o paciente, e um ambiente de trabalho mais tranquilo aumentaria o nível de satisfação do profissional e do usuário, favorecendo um atendimento mais humanizado.

Casimiro (2012) afirmou no seu estudo que há situações que dificultam a inserção da humanização na unidade, como problemas relacionados à ambiência, presença de ruídos e espaço físico restrito. Outros estudos afirmam que o processo de humanização no local é possível, mesmo que o fator das condições físicas da unidade e recursos materiais seja desfavorável (DUARTE; NORO, 2010).

Uma quantidade de atendimento menor refletiria também em um ambiente mais calmo né, menos estressante. Às pessoas viriam trabalhar com um nível de estresse menor. As pessoas já vêm trabalhar pensando aí meu Deus eu vou pra UPA hoje! é sempre um plantão pesado (TRABALHADOR 14).

Complicado com a saúde que a gente tem, assim, a gente vive num ambiente de guerra, então você falar de humanização na guerra é muito complicado (TRABALHADOR 13).

Não tem lugar adequado para o idoso, muitas vezes, o idoso fica nessa poltrona e escorrega. Alguns são muito caquéticos para serem colocados nessa poltrona. Às vezes passa o dia (TRABALHADOR 04).

Em relação às crianças não tem muita coisa lúdica, seria bom ter alguma coisa lúdica. A única coisa que tem para a criança é essa figurinha que tem na parede, fora isso, não tem mais nada. Lá dentro, geralmente não se coloca o nome da criança em cada leito, pra gente chamar pelo nome. Não tem nada que seja dirigida a criança, um balãozinho, um brinde. O próprio ambiente de espera não tem nada para a criança (TRABALHADOR 02).

Eu já trabalhei em outra UPA do interior, mas não era como aqui. Aqui existe um respeito muito maior, uma estrutura muito melhor (TRABALHADOR 01).

Humanização é a valorização tanto do usuário, quanto do profissional. Se você tem um profissional valorizado, não só de salário, mas também o ambiente que ele trabalha ser legal. Você ter um sabão para lavar as mãos, ter uma cadeira, um computador. Você ter um repouso bom, às vezes o ar-condicionado do repouso quebra,

passa um tempão pra consertar. Teve um dia que a gente passou vários dias sem ar-condicionado no repouso, foi horrível. A gente repousa mal, fica mal humorado. Se você cuida do médico, do enfermeiro, do técnico, se você cuida daquele profissional, isso vai refletir diretamente no usuário (TRABALHADOR 17).

Quanto ao atributo *Quantidades de tarefas durante o serviço* o nível de satisfação da UPA2 mantém-se maior (55,6%) do que a UPA1(31,3%). Percebe-se nas falas que alguns profissionais são insatisfeitos com o grande número de atendimento, inviabilizando um tratamento humanizado. Já outros acham o número de profissionais é adequado. O atendimento a pacientes que não são perfis de atendimento nas UPAs também aumenta o nível de insatisfação dos mesmos. Alguns profissionais preferem trabalhar em uma UPA com pacientes mais graves, com maior complexidade no atendimento e que a UPA seja mais distantes de suas casas, a trabalhar em uma UPA com pacientes que eram pra serem atendidos na atenção básica, que não são perfis de atendimento nas UPAs.

De acordo com Cavalcante (2006), o contexto hospitalar apresenta fatores que influenciam diretamente na saúde física e mental dos profissionais da saúde, o que torna claro a falta de condicionamento gerencial no sentido de amenizar esses fatores, além de se discutir com certo vigor, sobre a sobrecarga de trabalho que provoca desgaste físico e mental, o que recai diretamente sobre a satisfação do profissional.

A humanização na emergência acho que ela é falha pela correria do dia a dia. É uma consulta que por natureza já é rápida e como aqui a gente recebe muito paciente de posto, a quantidade de atendimento é muito grande, às vezes a gente deixa levar pela rotina e deixa aquela consulta mais rápida, mais focada no problema, mais pela necessidade do paciente. O que você está precisando? está aqui o que você precisa! Às vezes àquele ao redor do problema a gente não tem tempo de conversar e de tratar. Se a quantidade de atendimento fosse menor, a gente daria mais atenção, desde o atendimento aqui na entrada, desde a medicação. Não seria aquela coisa tão automatizada. A gente trabalharia com mais qualidade, dando mais atenção aos pacientes (TRABALHADOR 14).

Eu acho que tá bem, não estou puxando o saco da UPA, até porque não preciso, não quero ser positivo não, não sei se é a realidade daqui da UPA 2, mas aqui o clima é muito bom. Já trabalhei em outras UPAs. Eu moro há 3 minutos de uma outra UPA, pra vir pra cá eu demoro 1 hora, 1h e 30 minutos dependendo do trânsito. E eu não consigo sair daqui, me desprender daqui. Aqui tem uma demanda maior e tem pacientes mais graves, tem um perfil diferenciado, aqui tem muito laranja e vermelho. Eu acho que tá bem a quantidade de profissional (TRABALHADOR 11).

Humanização pra mim é tratar o paciente, que é a melhor motivação do nosso serviço, bem né... individualizar o tratamento, acolher da melhor maneira possível o grande número de pacientes que, às vezes, não estamos na situação ideal, era pra se ter bem menos atendimento. Ninguém aqui é máquina, não tem como você trabalhar constantemente atendendo 200 pacientes, é diferente de você atender 10. A qualidade do serviço é totalmente diferente, mas... é tentar fazer com o que você tem o máximo que você pode. Dentro do seu limite, é lógico (TRABALHADOR 09).

Quanto ao atributo *treinamento/capacitação* foi uma das categorias com menor índice de satisfação que as duas UPAs apresentaram. A UPA2 obteve 33,3% de satisfação e a UPA1 obteve 25% de satisfação. Essa falta de capacitação pode ser observada nas falas dos profissionais. Observou-se que muitos profissionais desconhecem a PNH, reforçando a falta de capacitação dos profissionais. Não só nas UPAs, mas em outros serviços de saúde também observa-se a falta de capacitação sobre a PNH.

Alguns profissionais relataram que conhecem a PNH porque a mesma é cobrada no edital de alguns concursos públicos ou essa temática foi abordada na graduação ou na pós-graduação, mas dificilmente foi abordada nos serviços de saúde. Outros estudos também mostram uma escassez de conhecimento dos profissionais da saúde em relação às diretrizes da PNH, mostrando que a maioria não teve oportunidade de participar de uma discussão maior acerca dessa política (SILVA, 2010).

De acordo com Barlem *et al.* (2012), possíveis lacunas na graduação parecem estar relacionadas à falta de preparo dos profissionais para responder algumas necessidades da prática, principalmente no que se trata aos relacionamentos interpessoais e à resolução de conflitos. Deparar-se com realidades diferentes das vivenciadas, durante o processo formativo, trazem aos profissionais dificuldades no exercício da profissão.

Sobre Política Nacional de Humanização tive uma aula na faculdade, lembro bem vagamente, foi bem no começo da faculdade. Você vê uma vez e depois não. No serviço de saúde nunca fui abordado, a primeira vez é agora com essa pesquisa... Deveria ter capacitação com os profissionais, falar sobre humanização, sempre é bom lembrar os tópicos (TRABALHADOR 09).

Não sei nada sobre PNH. Não vi nem na faculdade, nem nas instituições onde trabalhei (TRABALHADOR 11).

Ouvi falar da PNH no mestrado, lá a gente trabalha muito políticas, mas assim no serviço e em reuniões, não (TRABALHADOR 21).

O meu conhecimento sobre a PNH é o que aprendi na faculdade, no mestrado e também por conta dos concursos que a gente fica estudando. Mas, assim, de chegar algum curso e falar da importância no serviço de saúde, não (TRABALHADOR 20).

Conheço pouco a PNH, o que sei é da faculdade, até porque eu trabalho mais em emergência e cursos nessa área acho q acontece mais na atenção primária. Emergência acho que é a primeira vez que está acontecendo (TRABALHADOR 16).

Não conheço a PNH, até já ouvi falar. A área de saúde é muito restrita essa informação. Deveria ter né, de vez em quando uns cursos para você se atualizar. Principalmente pra quem tá no final da carreira como eu. Queria saber, quem não quer? (TRABALHADOR 05).

Não conheço a PNH, gostaria de saber (TRABALHADOR 06).

Não sei nada sobre a PNH, já ouvi falar (TRABALHADOR 08).

Não conheço a PNH, já ouvi falar. Tive uma aula em um cursinho para a residência, mas faltei nesse dia. Esse assunto caí muito nas provas, nunca vi esse assunto nas instituições, só no cursinho (TRABALHADOR 07).

Confesso que não tenho muito conhecimento sobre a PNH, mas já ouvi falar na residência, mas pouco. E alguma coisa na faculdade, nós tínhamos uma disciplina de saúde coletiva, mas pouco também (TRABALHADOR 14).

Sei pouca coisa sobre a PNH, nunca me aprofundi. Uma colega já me apresentou, mas não prestei atenção (TRABALHADOR 04).

Quanto ao atributo *quantidade de orientação que você recebe* 55.6% dos trabalhadores da UPA2 estão satisfeitos, já os profissionais da UPA1 apresentaram uma menor satisfação com 36,6%, mostrando uma diferença significativa de satisfação.

Quanto ao atributo *qualidade da orientação que você recebe*, as duas UPAs também apresentaram uma diferença significativa na satisfação. Verifica-se que 56,8% dos profissionais da UPA2 mostraram-se satisfeitos, já a UPA1 o valor foi 41,5%. Em uma fala foi pontuado a questão do uso excessivo do celular como ferramenta para resolver os problemas do serviço. Tão ponto merece atenção, pois nem todos os profissionais possuem acesso a esta ferramenta, além de não ser um meio de comunicação oficial do serviço. Isso reflete, conseqüentemente, na qualidade da orientação prestada.

Às vezes tem reunião para comunicar as novas regras e normas que tem que seguir... Acho que os problemas poderiam ser resolvidos pessoalmente, não pelo celular, hoje em dia tudo é pelo celular (TRABALHADOR 03).

Quanto ao atributo *Oportunidade de conhecer coisas novas*, a UPA2 apresentou 50 % de satisfação, já a UPA1 apresentou 42,9 % de satisfação. Mostrando uma divisão da percepção desse item entre os trabalhadores das duas UPAs.

Quanto ao atributo *gestão participativa*:

De acordo com Goulart e Chiari (2010), a gestão verdadeiramente transversalizada requer a oferta de espaço para a discussão e apresentação de proposições por todos os atores envolvidos nas ações, podendo incluir os usuários dos serviços de saúde, que efetivamente se considere para a tomada de decisão, gestão e implementação de ações nos serviços de saúde as demandas, anseios e percepções de todo os envolvidos nas rotinas destes.

A UPA2 apresentou 54,3 % e a UPA1 40,5%. Percebe-se que a UPA2 possui uma taxa maior de satisfação a esse atributo que a UPA1. Nas falas observa-se essa diferença de percepção dos trabalhadores em relação a esse atributo.

De acordo com Santos (2007), a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros, é um dos objetivos centrais do HumanizaSUS que deverão permear a atenção e a gestão em saúde.

Na UPA2, onde a satisfação é maior, os entrevistados relatam uma boa relação com a chefia, a mesma ouve as opiniões deles e as colocam em prática. Já no discurso dos entrevistados na UPA1, onde a satisfação foi menor, observa-se nas falas a dificuldade de participar da tomada de decisões, conseqüentemente, apenas cumprem decisões que são impostas. Tais acontecimentos desmotivam os profissionais a relatarem problemas vivenciados, o que ocasiona a desmotivação dos mesmos com o serviço prestado, refletindo diretamente no atendimento ao paciente.

De acordo com Serafim *et al.* (2009), o apoio institucional, no sentido que lhe é atribuído na PNH, instaura uma relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada: nem uma postura de passividade ou omissão (dos apoiadores), nem de ações a revelia dos grupos ou de elaboração de pareceres, planos ou protocolos e normas para as equipes. Trata-se de um

apoio a cogestão que destina-se a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. A função do apoiador institucional e de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção.

Sim, temos reuniões para isso. De acordo com que a gente fala as coisas são modificadas. É importante, pois as coisas melhoram. Melhora a sintonia com a equipe, a sintonia com o atendimento (TRABALHADOR 13).

Existe um contato muito grande da pessoa que nos coordena com a gente em relação a ter um feedback, aí acaba que a gente consegue opinar em algumas coisas, para saber como as coisas funcionam melhor. Existe um contato muito bom, quando a coordenadora vai tomar uma decisão ela nos consulta. Eu acho muito importante essa participação (TRABALHADOR 01).

A chefe geralmente chama a gente para conversar. Se a gente tá sentindo falta de alguma coisa. A nossa equipe é bem participativa, na pediatria. Acho essa participação muito importante para a melhoria do sistema, tanto para o funcionamento do atendimento médico, quanto dos técnicos e enfermeiros (TRABALHADOR 14).

De jeito nenhum, a gestão aqui é autocrática. O coordenador não fica na assistência, quem tá na assistência é que pode dar subsídios e ideias de como o serviço pode funcionar melhor. Quem tá na sua cadeira e não vai olhar o que está acontecendo, não tem noção não. Vai ter noção de fuxico, de fofoca. Aqui impõe e tchau (TRABALHADOR 19).

Não, particularmente não, acho que os outros colegas também não. Decisões são tomadas, impostas e comunicadas. A gente está na ponta do cuidado, sabe melhor o que está acontecendo, mas infelizmente, a gente não participa das resoluções. Acho importante, até porque alguém impõe mudanças a gente tenta explicar a real situação de como ocorre, se não poderia ser feito de outra maneira, mas infelizmente a gente não tem abertura para isso. De tanto perceber que sua opinião é barrada, meio que a gente desiste, a gente vem pro trabalho faz o nosso papel, com a consciência tranquila, também não maltrata o usuário, a gente trabalha bem. Mas desistimos de comunicar a chefia imediata e os demais gerentes sobre o que acontece, porque você não é escutado. As imposições são muitas...então? você desiste de participar. Já fui gerente em outra instituição, tive uma gestão bastante participativa, tudo eu escutava, tudo eu comunicava, tudo eu perguntava e eu sei da importância disso. Você tem que escutar antes de tomar alguma decisão (TRABALHADOR 21).

A gente só recebe ordens. Já vem tudo pronto. Não existe gestão participativa, isso é conversa. Isso é muito importante, essa integração com gestores e usuários. Era para ter, mas, infelizmente, não tem não, não existe isso. Você tem que cumprir a regra e acabou a história (TRABALHADOR 05).

Quanto ao atributo *relacionamento com os colegas*, a UPA2 apresentou 97,5% de satisfação e a UPA1 83,3%. Foi o atributo que teve maior índice de satisfação das duas UPAs. Percebe-se nas falas que as boas relações no trabalho favorecem a motivação para exercê-lo e, conseqüentemente, a maior motivação com o trabalho torna o atendimento ao usuário mais humanizado. Porém, existe uma diferença significativa entre as taxas das duas UPAs, evidenciando que os trabalhadores da UPA1 tem uma menor satisfação nesse atributo que a UPA2.

De acordo com Passos (2006), a PNH se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde.

Em algumas falas observa-se que a gestão influencia diretamente no relacionamento com os colegas. Destacam-se as seguintes falas para melhor compreensão dessa questão.

O preparo da enfermagem daqui é muito bom. A gente está pensando, elas já estão fazendo. Os técnicos de enfermagem também são muitos bons, muito bons mesmo. A pediatria é muito boa, por isso não quero sair daqui (*risos*) (TRABALHADOR 01).

Hoje o que a gente vive é uma dificuldade de relacionamento interpessoal. Essas dificuldades de relacionamento interpessoal que acontecem são devidas a gestão e isso influencia diretamente a humanização no atendimento... Eu digo isso porque eu era de outra UPA, lá o trabalho era mais pesado, mas lá a gente ia pensando vou ver fulana, vou trabalhar vou, mas eu sabia que a colega estava lá para conversar com a gente. A chefe passada conversava com a gente, as relações eram boas, então o trabalho não se tornava tão pesado ou não se tornava tão estressante (TRABALHADOR 20).

Nessa UPA, especificamente, eu não tenho vínculos, não tô dizendo que a gente tenha que se amar e ser amigos não, eu acho que a gestão, infelizmente, não permite que as pessoas trabalhem em equipe, que sejam colegas (TRABALHADOR 21).

Quanto ao atributo *relacionamento com a chefia imediata* 90,1 % dos trabalhadores da UPA2 mostraram-se satisfeitos, já a UPA1 apresentou uma

taxa de satisfação um pouco menor com 82,1%. Observa-se que os trabalhadores da UPA1 são menos satisfeitos com a chefia imediata que a UPA2.

De acordo com Campos (2003, p.86), os trabalhadores em Saúde:

lidam com o limite humano, com nossa impotência, com a evidencia de que não somos deuses [...]. Lidam com a morte, a doença e a dor. Trabalham em ambientes perigosos (germes, fracassos, competição, etc.), logo, precisam, além de planos de carreira e salários, de Apoio, o que tem o sentido de estar sempre em análise. Trata-se de uma função que se expressa num determinado modo de fazer, que não esta localizada numa pessoa e persegue a criação de grupalidade, de forma a fortalecer e montar redes de coletivos.

Na fala do trabalhador 7 e do trabalhador 20 pode-se observar a importância da comunicação com a chefia imediata.

Estou há pouco tempo, mas a coordenadora já perguntou várias vezes se estamos satisfeitos, se tem alguma coisa para falar...Ela é bem solícita, temos o contato do WhatsApp dela, o que a gente precisar pode perguntá-la livremente. Acho muito importante dar a nossa opinião, faz a UPA funcionar melhor (TRABALHADOR 07).

A gestão só vê o erro da gente, conseqüentemente, a gente vem trabalhar totalmente desmotivado, querendo ou não, você não vai dar seu melhor para o serviço. Porque eu vou dá aqui o meu 100%? Se ninguém reconhece, ninguém elogia, só vão me criticar se eu errar. Conseqüentemente, isso afeta todas as relações, enfermeiro com técnico, com médico, aí vira uma bola de neve. E vai cair no lado mais frágil, que é o paciente, infelizmente, é isso que eu noto aqui (TRABALHADOR 20).

Quanto ao atributo *trabalho em equipe*:

Duarte e Noro (2010) citam sobre o trabalho multidisciplinar, no qual a comunicação é fundamental entre a equipe para a interação dos profissionais, na integração dos saberes e para a troca de informações, com vistas à construção do atendimento humanizado. Assim, a integração de diferentes saberes proporciona o enriquecimento do trabalho, proporcionando um cuidado mais completo e repleto de possibilidades para o sujeito que buscou o serviço de saúde.

As duas UPAs apresentaram alto índice de satisfação. A UPA2 apresentou 95,1 % e a UPA1 apresentou 82,1%. A segunda melhor taxa de satisfação, perdendo apenas para o atributo "*relacionamento com os colegas*". Porém, existe uma diferença significativa entre as taxas das duas UPAs, evidenciando que os trabalhadores da UPA1 tem uma menor satisfação nesse atributo que a UPA2. Assim, destacam-se as seguintes falas:

Porque aqui, não sei se é fofoca, não sei explicar, mas as pessoas são assim eu aqui e você ali e isso dificulta a humanização, a falta de trabalho em equipe (TRABALHADOR 21).

Humanização é união, trabalhar em equipe (TRABALHADOR 03).

Quanto ao atributo *autonomia na realização de tarefas* a UPA2 apresentou 87,7% de satisfação e a UPA1 70,2%. Mais uma vez houve uma diferença significativa entre as duas unidades, a UPA1 atingiu nível menor de satisfação nessa categoria que a UPA2.

Quanto ao atributo *estabilidade no emprego* a UPA2 apresentou maior índice de satisfação (74,1%). Conseqüentemente, a UPA1 (54,8%) apresentou menor índice de satisfação quanto a esse quesito.

Quanto ao atributo *possibilidade de progresso profissional*, esse quesito apresentou o segundo menor índice de satisfação, UPA2 (34,6%) e a UPA1 (23,8%). O primeiro menor índice de satisfação foi “*treinamento/capacitação*”.

Quanto ao atributo *trabalho em rede*, esta categoria apresentou uma diferença significativa entre as satisfações das duas UPAs. A UPA2 apresentou 53,8 % de satisfação, já a UPA1 apresentou 35,7 %. Essa categoria apresentou a segunda maior diferença de satisfação entre as duas UPAs, perdendo apenas para a categoria “*ambiência*” que foi a categoria que apresentou uma maior diferença significativa de satisfação.

Essa categoria também apresentou a segunda taxa maior de insatisfação dos profissionais da UPA1 (44%), perdendo apenas para “*treinamento/capacitação*” (48,8%). Esse maior nível de insatisfação desse atributo pode estar relacionado ao alto índice de pacientes graves que a UPA1 recebe e que precisam ser referenciados. Este resultado pode-se achar em outros estudos que relatam que os elementos das unidades de tratamento intensivo, tais como, o contato contínuo com o sofrimento e morte, uso abundante de tecnologias sofisticadas e a complexidade do cuidado, entre outros, pode levar a insatisfação e comprometer a qualidade de vida no trabalho desses profissionais, caso não existam ações gerenciais que contribuam para a manutenção deste nível de satisfação entre os trabalhadores (SCHIMIDT *et al.*, 2013).

De acordo com um relatório de avaliação feito por uma comissão de avaliação do contrato de gestão do Instituto de Saúde e Gestão Hospital (ISGH/UPA), referente ao período de outubro a dezembro de 2015, percebe-se que a UPA1 foi a UPA com maior número de pacientes referenciados, 680 pacientes, e destes efetivou 512 transferências (CEARÁ, 2015). Apresentando a taxa de 75,29% de pacientes referenciados.

Com esse dado, pode-se observar que a UPA1 recebe mais pacientes graves que do que as outras UPAs e uma parte desses pacientes (24,71%) não conseguem ser referenciados. Tal fato aumenta a complexidade do trabalho, aumenta a pressão da família sobre os profissionais, pois os familiares dos pacientes são conhecedores da gravidade que o seu familiar apresenta, pois os mesmos são esclarecidos pelo médico da unidade. Então, apesar da UPA1 ter menor número de atendimento que a UPA2, a UPA1 tem maior número de pacientes graves que a UPA2, de acordo com o último relatório de avaliação.

Com isso, pode-se concluir que a não resolutividade dos casos de pacientes críticos que permanecem na UPA pode influenciar diretamente no nível de satisfação dos profissionais.

Também se observa nas falas a insatisfação dos profissionais em atender a demanda dos postos de saúde, pois tais pacientes sobrecarregam o serviço e não fazem parte do perfil de atendimento das UPAs.

Para tornar mais humanizado, na verdade, na verdade, acho que é mais um trabalho com a população. Conscientizar a população do papel da UPA na comunidade. Acho que isso tornaria as coisas mais fáceis para quem está lá na frente. As pessoas não conseguem distinguir o que é urgência o que não é isso gera um pouco de atrito às vezes, principalmente, na parte do adulto. Não tem como corrigir os erros da saúde se não mexer na base que é a cabeça do povo mesmo. Acho que melhoraria, pra tudo, pra toda a rede (TRABALHADOR 01).

Percebo humanização por parte dos médicos, dos enfermeiros, eles fazem a parte deles e a gente a nossa, dentro da precariedade que é uma UPA. Não era pra existir o que existe. Por exemplo, esse eixo observação não era pra existir, que tem pacientes entubados. Isso não é humanização, pra mim não é. Eles têm que ter dignidade, local certo, essas coisas. Eu acho que UPA não era pra isso. Não tem humanização. Os postos de saúde não funcionam... Depois que criaram a UPA, querem tirar os serviços que é de especialidade dos hospitais secundários e querem atribuir a UPA e a UPA não tem traumatologista, não tem ortopedista. A UPA tem clínicos recém-formados, entendeu? Aqui a gente recebe gente com abdômen

agudo, mas nós não temos cirurgião na UPA. Os pacientes ficam jogados de UPA em UPA e não resolvem o problema. Tem que colocar a PNH pra valer. Se a gente pudesse chegar no cabeça da história. Era pra levar esses questionamentos para a Conferência Nacional de Saúde. UPA não era pra resolver problema de posto, UPA é pronto-atendimento. Caso de atendimento em hospital era pro hospital atender, não ficar jogando. Cadê a Humanização? os pacientes ficam jogados os coitados, chega dá uma tristeza (TRABALHADOR 05).

A maioria dos atendimentos aqui não é emergência. O trabalho de rede é muito falho, são poucos os postos que realmente funcionam. O que eu vejo é que 80% dos atendimentos é coisa de posto, não são emergências. Pacientes que eram pra serem recebidos no Frotinha, não recebem. Porque lá também está lotado. Quando a gente tenta transferir paciente com abdômen agudo, eles não querem receber. Tem que tentar fazer uma forma de mandar pra emergência deles, porque senão eles não recebem. Tem que dá uma melhorada na rede de saúde (TRABALHADOR 09).

Quanto ao atributo *acolhimento do usuário*:

De acordo com Brasil (2011), É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.

Na UPA 85,2% dos profissionais da UPA2 e 77,4% dos profissionais da UPA1 mostraram-se satisfeitos com o acolhimento prestado ao usuário. No discurso observa-se que os profissionais se esforçam para tratar o paciente da melhor maneira possível, apesar das dificuldades encontradas no serviço. Além de fornecer um atendimento resolutivo aos pacientes. O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009).

Observa-se também que alguns funcionários são insatisfeitos com a forma como é tratado por alguns pacientes, tal fato dificulta o tratamento humanizado.

Não sei se todas as UPAs são iguais às daqui, essa UPA o tratamento humanizado começa lá fora. As meninas recebem o paciente, atende bem, na sala de medicação também. Existem muitas reclamações, mas também existem muitos elogios: -ahh aqui é muito bom; fui atendido melhor que hospital particular. Tem muita gente que

tem plano de saúde e não vai pro plano, vem pra cá porque o atendimento é melhor. Já ouvi isso várias vezes, por isso acredito que o atendimento aqui é bom. Os médicos são muito atenciosos, tenta resolver, tenta transferir, tenta conseguir exames. Agendar nos lugares que eles conhecem, que eles também trabalham. Acho que a UPA é muito boa pra esse povo (TRABALHADOR 06).

Acho que temos um atendimento humanizado sim, temos a classificação de risco, as prioridades. Não vejo um ambiente pesado. Nos outros hospitais eu vejo um atendimento mais desumano, aqui não. Aqui tem uma comunicação melhor com o paciente. Às vezes o paciente não tem razão, mas a gente respira respira 2 vezes e tenta contornar a situação (TRABALHADOR 11).

Eu acho que aqui é humanizado sim. Eu acho que se deve a classificação do Manchester. No atendimento médico e na medicação a gente tenta priorizar os pacientes que tem risco de vida e também respeita as prioridades daquele risco é lógico, idoso, gestante, crianças e deficientes (TRABALHADOR 03).

Vejo que desde as meninas que fazem o cadastro, que classifica, acho que todo mundo trata todo mundo muito bem, trata com dignidade, trata com educação. Acho que é o usuário que, muitas vezes, não entende, não quer esperar. O nível socioeconômico, muitas vezes, não permite você ter o entendimento da espera. O maior problema parte dos usuários, porque os profissionais em si, fazem a parte deles (TRABALHADOR 18).

Quanto ao atributo *resolutividade do serviço na UPA*, a UPA1 apresentou 61,9% e a UPA2 (79%). Mostrando uma diferença significativa no nível de satisfação, tal fato pode ser associado ao maior número de pacientes críticos que precisam ser referenciados na UPA1.

De acordo com Brasil 2011, É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento.

Quanto ao atributo *realização com o trabalho executado na UPA*, Também houve uma diferença significativa entre as duas UPAs. A UPA2 apresentou 87,7%, maior índice de satisfação, e a UPA1 apresentou 66,7%. Destaca-se também que o nível de insatisfação da UPA1 foi maior (20,2%) que a UPA2 (1,2%). Tal atributo deve ser ponto de preocupação para os gestores, pois o mesmo é considerado um dos componentes para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Esta síndrome é uma das mais importantes do estresse ocupacional e pode ser causada pelo estresse prolongado e crônico cujas situações de enfrentamento não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes (SCHIMIDT *et al.*,2013).

De acordo com Malasch *et al.* (2001), a Síndrome de *Burnout* é caracterizada por três diferentes componentes: *exaustão emocional, despersonalização e ausência de realização profissional*, que afeta, sobretudo, indivíduos que trabalham com pessoas, ou seja, serviços onde os trabalhadores desenvolvem durante um tempo considerável uma interação com os clientes, como por exemplo, os serviços de saúde, sociais, da justiça e da educação.

Quanto ao atributo *valorização do trabalho pelo gestor*, a UPA2 também apresentou maior índice de satisfação (64,2%), já a UPA1 apresentou 41,7% de satisfação. Outros estudos ressaltam que as instituições devem desencadear processos de valorização no serviço, de forma que os servidores percebam a relevância da prática da humanização começa com a valorização dos mesmos, podendo assim, representar o ponto de partida para a prática da humanização (SILVA, 2010).

De acordo com Brasil (2006), No processo de trabalho em saúde tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

A gente não é valorizado, é valorizado apenas os seus defeitos. Quando você começou a falar eu gostei muito da temática, porque nos meus últimos plantões, assim, o paciente estava gravíssimo, a gente abusando, sem ventilador mecânico, àquela conturbação. No outro dia a gente é cobrado porque esqueceu de preencher algum papel. Poxa vida! A gente deu o nosso melhor naquele plantão, não só de assistência, mas de gerenciamento da equipe também. E você é cobrado pelo mínimo, isso é muito desgastante! Cada vez mais venho para o plantão sem amor ao trabalho. Você vem faz a sua parte, apesar de gostar muito do que faz, mas você sabe que não vai ter retorno não. Não tô esperando um beijo, um abraço, um presente não. Só valorização mesmo! Que a gente não tem nem do paciente, que não entende a demora (TRABALHADOR 21).

A humanização não é só com o usuário, a gente tende a focar só o usuário, mas vai desde o usuário, valorização do profissional e gestão participativa. No serviço de saúde não orientam, até porque as pessoas têm a concepção que a ouvidoria é só para o usuário. Se você perguntar aos enfermeiros 90% vai dizer que a ouvidoria é só para os usuários. E os estabelecimentos não falam isso porque não querem saber da reclamação do trabalhador. Eles não querem saber da insatisfação do trabalhador, Eles querem mostrar para o governo do Estado e municipal que Eles sabem gerir unidades e que a população está satisfeita... O importante são os pacientes saírem satisfeitos, agora se o profissional está insatisfeito ou não, eles não

querem saber. Quem elege quem dá voto é o povo, não somos nós. Se todo mundo soubesse que ouvidoria também é para o trabalhador, muitas coisas seriam reclamadas (TRABALHADOR 19).

Acho que os funcionários poderiam trabalhar mais felizes se fossem valorizados, eu digo da minha categoria, do meu turno. Para mim, valorização seria uma gestão menos verticalizada, que nos escutasse, não escutasse fofocas. Escutasse a ideia das pessoas, não impusesse as coisas. E muita coisa que é imposta não condiz com a realidade. Se você chegar a reclamar de alguma coisa, a gestora não vai mudar, ela vai querer manter a mesma coisa que ela impôs. E a maioria das coisas aqui são impostas, não acredito que isso seja valorizar o funcionário. Você valoriza o funcionário a partir do momento que você escuta as ideias dele e adere algumas coisas. Desta forma que está acontecendo não está sendo praticada a PNH, talvez o próprio gestor nem tenha o conhecimento da PNH (TRABALHADOR 19).

Já trabalhei em outro local que tinha o projeto cuidando do cuidador, tinha massagem, tinha terapia, coisas que o profissional precisa muito (TRABALHADOR 10).

Quanto ao atributo *valorização do trabalho pelo usuário*, os trabalhadores da UPA2 (54,3%) sentem-se mais valorizados que os trabalhadores da UPA1 (40,5%). No discurso, pode-se observar um pouco da insatisfação desse quesito por parte dos profissionais, mostrando não só desvalorização, mas também desrespeito com o profissional da saúde.

Humanização não é só em relação ao usuário, tratar o paciente com respeito no atendimento na UPA. Você trata bem, mas não tem àquele retorno. Você fala com educação a pessoa vem com mil pedras na mão, já fui chamada de rapariga e de milhões de outras coisas (TRABALHADOR 02).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do desgaste que é o trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento, percebe-se que os trabalhadores fazem o seu melhor para manter o atendimento mais humanizado possível, apesar das limitações relatadas.

A PNH veio como uma forma de qualificar práticas de saúde e de gestão, portanto é muito importante que todos os trabalhadores da área da saúde sejam conhecedores desta política. Grande parte dos trabalhadores da UPA mostraram desconhecimento sobre a PNH. Dessa maneira, julga-se necessário o aumento da quantidade de treinamentos/capacitações, não somente para os profissionais da saúde que estão prestando assistência direta aos pacientes, mas também para os gestores, pois não há como consolidar uma política sem o conhecimento da mesma.

O estudo também revelou que o modo da gestão influencia bastante na satisfação dos profissionais, mostrando diferença significativa da satisfação dos profissionais das duas UPAs nesse atributo e como este ponto influencia outros pontos, como relacionamento com os colegas e valorização do trabalho. Portanto, é necessário que os gestores tenham capacitações para uma melhor qualificação da atenção e gestão do trabalho.

A gestão participativa mostrou ser um ponto de bastante interesse dos profissionais. Muitos desconheciam esse termo, mas acharam muito importante a participação dos profissionais na discussão dos assuntos e nas tomadas de decisões para o melhor funcionamento da unidade.

Portanto, propiciar a participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho e implementar uma gestão descentralizada e participativa é fundamental para a valorização dos profissionais, além de ser um dos objetivos da PNH. Para que isso ocorra são necessários alguns dispositivos, como: colegiados de gestão; sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação; plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização; projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); projetos de articulação

de talentos nos serviços (arte/cultura e técnico-científico) e projeto para adequação de ambiente (ambiência); colegiados e conselhos de gestão.

Esse estudo também mostrou o déficit do trabalho em rede e como isso reflete no aumento da quantidade de tarefas e, conseqüentemente, na satisfação dos trabalhadores. Portanto, se faz necessário a melhoria do atendimento nos níveis primários, secundários e terciários da rede de saúde, para que as UPAs não sejam sobrecarregadas de atendimentos que não sejam seu perfil. Além da garantia do referenciamento, para que os pacientes graves não fiquem mais de 24 horas nas UPAs. A educação permanente da população também é necessária, esclarecer o perfil da UPA e quais as situações que são atendidas na mesma.

Os dois atributos que tiveram maior nível de satisfação das duas UPAs foram relacionamento com os colegas e trabalho em equipe. O que mostra o bom relacionamento entre os profissionais e como esses atributos aumentam a satisfação do trabalhador. Portanto, deve-se manter e, se possível, estimular esse bom relacionamento.

Outros pontos que merecem atenção é a possibilidade de progresso profissional, remuneração e quantidade de tarefas durante o serviço, grande parte dos profissionais mostrou insatisfeito com esses quesitos, sendo pontos importantes de reflexão para os gestores.

É relevante que outros estudos de satisfação sejam realizados com os usuários e com os gestores das UPAs, tais estudos possibilitarão uma melhor percepção do tratamento humanizado fornecido pelos trabalhadores e das possíveis dificuldades encontradas pelos gestores em gerir as UPAs.

Com isso, pode-se concluir que a satisfação do trabalhador é muito importante para que se tenha um tratamento humanizado. Para isso, é necessário que se coloque em prática a própria PNH.

REFERÊNCIAS

BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, June 2012.

BATISTA, Anne Aires Vieira et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, Mar. 2005.

BAUER, W. Martin; GASKELL, Gaskell. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção**

à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastao Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n. 4, p. 679-684, Dec. 2006.

CASIMIRO, Cintia Freitas. **Política nacional de humanização**: concepções presentes nos discursos dos profissionais da saúde. 83f. Dissertação (mestrado). Universidade de Fortaleza, 2012.

CAVALCANTE, Cleonice Andrea Alves et al. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Rev. ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n.1, p.88-97, Apr. 2006.

CEARÁ. **Relatórios de avaliação do contrato de gestão do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH/UPA)**. Governo do Estado do Ceará, 2015. 5p. Disponível em:
<http://www.isgh.org.br/images/Dctos/PDF/UPA/UPA_COMISSAO_AVALIACAO/ESTADO_2015/relatorio_comissao_de_avaliacao_upas_%204_trim_2015.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

CESAR, Chester Luiz Galvão; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S59-S70, 1996.

CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accid Emerg Nurs**; v. 11, p. 121-125, 2003.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saude soc**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 71-79, May 2012.

DONABEDIAN, Avedis. **A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1).

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, Dec. 2010.

FERNANDES, Francisco C. L. **Superdicionário da língua portuguesa**. 53. ed. São Paulo, SP: Globo, 2000.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.**, n. 22, v. 2, p. 201-209, Aug. 2006.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132p.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job Burnout. **Ann Rev Psychol.**, v. 52, n. 1, p. 397-422. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

PEREIRA, Sabrina de Souza et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de um hospital de urgência/emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 12, n. 1, p. 636-647, July 2014.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, Sept. 2010.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, Sept. 2010.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas.** Rio Grande do Sul: Editora Unijuí, 2010.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.1, p.13-7, Feb. 2013.

SERAPIONI, Mauro; LOPES, Clélia Maria Nolasco; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Avaliação em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SILVA, Cristiane Colar da. **A satisfação dos usuários e dos trabalhadores da saúde no município de Porto Alegre:** um estudo de caso no Centro de Saúde Modelo. 2001. 136p. Dissertação (mestrado). Escola de Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVA, Eunice Fernandes da. **Valorização do servidor no Programa Nacional de Humanização:** estudo em um hospital universitário. 110f. Dissertação (mestrado em Assistência à Saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66, June 2003.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, p. 471-480, Mar. 2010.

STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa:** estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: EDUSP, 2004. 83p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo pretende contribuir para a discussão e entendimento sobre a satisfação do trabalhador da saúde. Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo: Avaliar a satisfação dos profissionais da saúde de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Para esse estudo faremos entrevista e aplicaremos questionários de perguntas com você que é trabalhador do serviço de saúde da Unidade de Pronto Atendimento, caso concorde em participar da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará nenhum prejuízo a você, pois as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação utilizando seu nome. As entrevistas e o questionário serão realizados em local reservado; para diminuirmos o risco do seu desconforto decorrente do constrangimento ou da vergonha que você possa ter. Os dados e as informações coletadas serão utilizados nos resultados do estudo, sendo publicados em revistas e usados em eventos como congressos. Esse estudo terá como benefícios a ampliação da visão dos gestores (governantes) e trabalhadores sobre a atenção ao trabalhador. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Assim, gostaríamos de convidá-lo (a) para participar deste estudo, respondendo a uma entrevista e respondendo um questionário. Informamos que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Qualquer dúvida pode entrar em contato com a pesquisadora: *Brígida Lima Teixeira* (85 99625299). Caso sinta que esses direitos não estão sendo respeitados entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – CEP/ISGH, contato: (85) 3195.2767, horário de Atendimento: Segunda a sexta-feira: 8h às 12h e 14h às 18h. Endereço: Rua Socorro Gomes, 190 Guajiru | Fortaleza/CE 60.843-070.

Pesquisa - Humanização nas UPAs: Avaliação da satisfação dos profissionais da saúde à luz da Política Nacional de Humanização.

Tendo sido informado sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma.

Nome: _____

APÊNDICE B – Questionário com uma escala tipo *likert*

QUESTIONÁRIO

1. **Profissão:** Médico () Enfermeiro () Técnico de enfermagem ()
2. **Tempo de serviço na Upa:** 1 () 2 () 3 () 4 () outro: _____
- Idade:** _____
3. **Sexo:** F () M ()
4. **Grau de instrução:**
Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo ()
Especialista () Mestrado () Doutorado ()
5. **Tempo de profissão:** _____
6. **Estado Civil:**
Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado () União estável ()
7. **Filho:** N () S () _____
8. **Religião:** Católico () Evangélico () Espírita () Ateu () Outros ()

9. **Vínculo Empregatício UPA:**
Concurso Público () Seleção Pública () Celetista () Terceirização ()
10. **Carga horária:**
20 hs () 24hs () 30hs () 36hs () 40hs () 44hs () Outra () _____
Serviço Diurno() Serviço Noturno() Escala Mista()
11. **Salário bruto UPA:** _____
12. **Acúmulo de cargo:** N () S ()
13. **Salário bruto:** _____
Vínculo empregatício:
Concurso Público () Seleção Pública () Celetista () Terceirização ()
Carga horária:
20 hs () 24hs () 36hs () 40hs () 44hs () Outra () _____
14. **Atividade Física:**
S () N ()

15. Abaixo você classificará, de acordo com a sua opinião, os temas abordados de 1 a 5 (1-Muito insatisfatório; 2-Insatisfatório; 3-Indiferente; 4-Satisfatório e 5-Muito satisfatório).

Dimensão	Atributos					
<u>Estrutura</u>	Remuneração	1	2	3	4	5
	Recursos humanos	1	2	3	4	5
	Ambiência	1	2	3	4	5
	Quantidade de tarefas durante o serviço	1	2	3	4	5
<u>Processo</u>	Treinamento/capacitação	1	2	3	4	5
	Quantidade de orientação que você recebe	1	2	3	4	5
	Qualidade da orientação que você recebe	1	2	3	4	5
	Oportunidade de conhecer coisas novas	1	2	3	4	5
	Gestão participativa	1	2	3	4	5
	Relacionamento com os colegas	1	2	3	4	5
	Relacionamento com a chefia Imediata	1	2	3	4	5
	Trabalho em equipe	1	2	3	4	5
	Autonomia na realização de tarefas	1	2	3	4	5
	Estabilidade no emprego					
	Possibilidade de progresso profissional	1	2	3	4	5

	Trabalho em rede					
<u>Resultado</u>	Acolhimento do usuário na UPA	1	2	3	4	5
	Resolutividade do serviço na UPA	1	2	3	4	5
	Realização com o trabalho executado na UPA	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	Valorização do trabalho pelo gestor	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	Valorização do trabalho pelo usuário	1	2	3	4	5

APENDICE C – Entrevista semiestruturada

1. Comente sobre sua atuação profissional desde o início.
2. Para você o que é humanização no trabalho em Saúde
3. O que você sabe sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza/SUS.
4. Você participa do planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalhos desenvolvidos nesta unidade de saúde? Você acha importante essa participação? Por quê?
5. Em relação a UPA, você percebe humanização no atendimento aos usuários? Justifique a resposta.
6. O que é necessário nesta unidade de saúde para que se tenha um serviço mais humanizado?

APÊNDICE D – Gráficos

Gráfico 5 – Distribuição da frequência relativa (%) em cada item da escala de satisfação

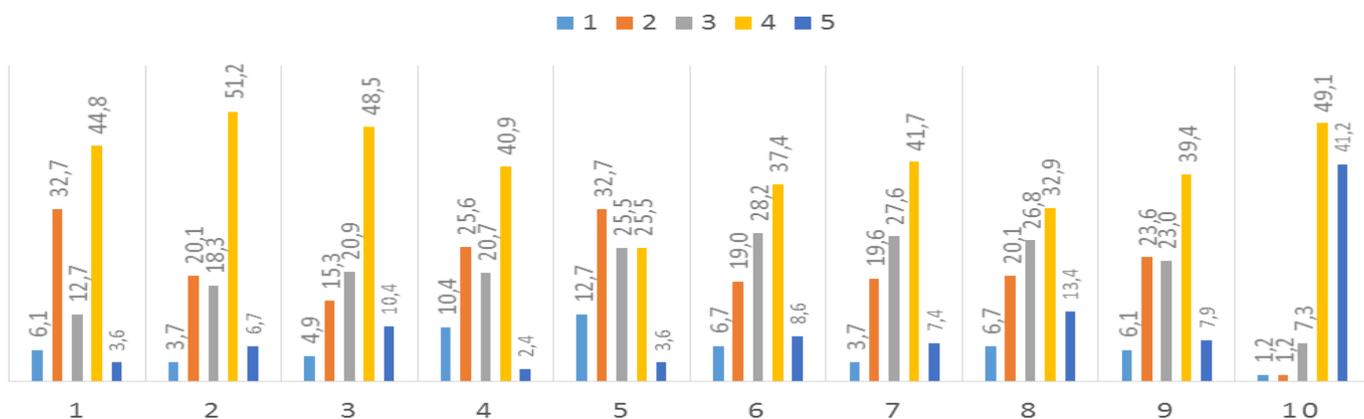
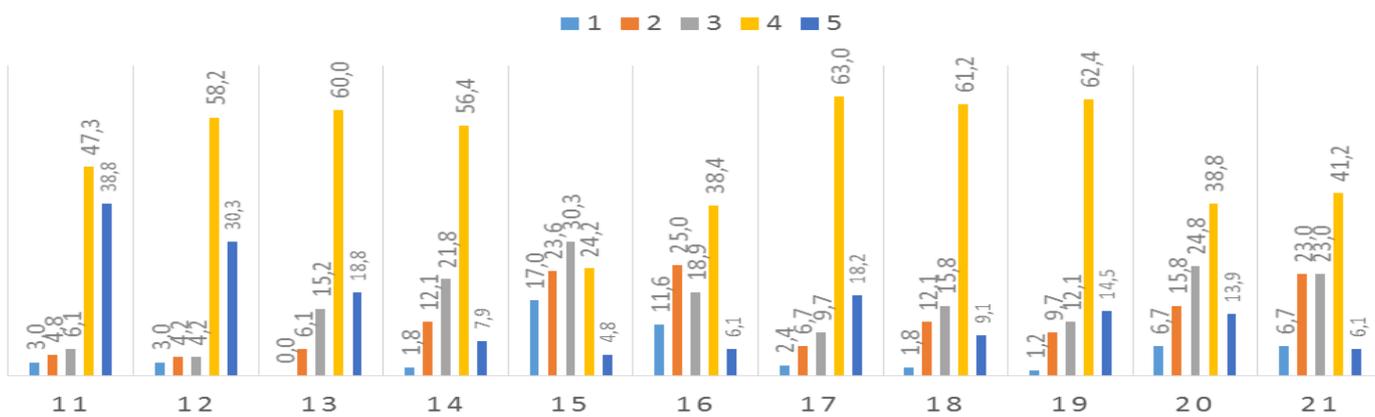


Gráfico 6 – (cont.) Distribuição da frequência relativa (%) em cada item da escala de satisfação



ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



MEMORANDO

Nº 0.8 / 2016 CEPEP ISGH / PESQUISA UPA

Fortaleza (CE), 06 de setembro de 2016.

DE: Comissão Interna de Pesquisa - CEPEP/ISGH**PARA:** Brígida Lima Teixeira - PESQUISADOR RESPONSÁVEL**CC:** Dr. Patrícia Santana - Coordenação médica da UPA Autran Nunes**CC:** Dra. Adriana Bessa Fernandes - Coordenação enfermagem da UPA Autran Nunes**CC:** Dra. Alessandra Vidal - Coordenação médica da UPA Praia do Futuro**CC:** Dra. Ismêmia Maria Marques - Coordenação enfermagem da UPA Praia do Futuro**CC:** Dr. Breitner Gomes Chaves - Diretor de Processos Assistenciais das UPAS - ISGH

REF.: PROJETO DE PESQUISA

Prezados,

Apresento o projeto intitulado "HUMANIZAÇÃO NAS UPAS: Avaliação da satisfação dos profissionais da saúde à luz da Política Nacional de Humanização" da pesquisadora Brígida Lima Teixeira. O mesmo foi aprovado pela comissão interna de pesquisa do CEPEP/ISGH e Plataforma Brasil através do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar com o parecer aprovado número 1.689.910 (em Anexo), sendo possível a coleta de dados nas unidades de pronto atendimento Autran Nunes e Praia do Futuro nos meses de setembro a dezembro de 2016.

Cordialmente,

Jamille Soares
 Jamille Soares Morcira Alves
 Comissão Interna de Pesquisa - ISGH
 Assessora Técnica Pesquisa - CEPEP/ISGH
 Tel: 3195.2767
 e-mail: jamille.jsma@isgh.org.br

Virginia Silveira
 Drª Virginia Silveira
 Diretora Ensino e Pesquisa – DEP/ISGH
 Tel: 3195.2767
 e-mail: cepep@isgh.org.br

MEMORANDO 1/2