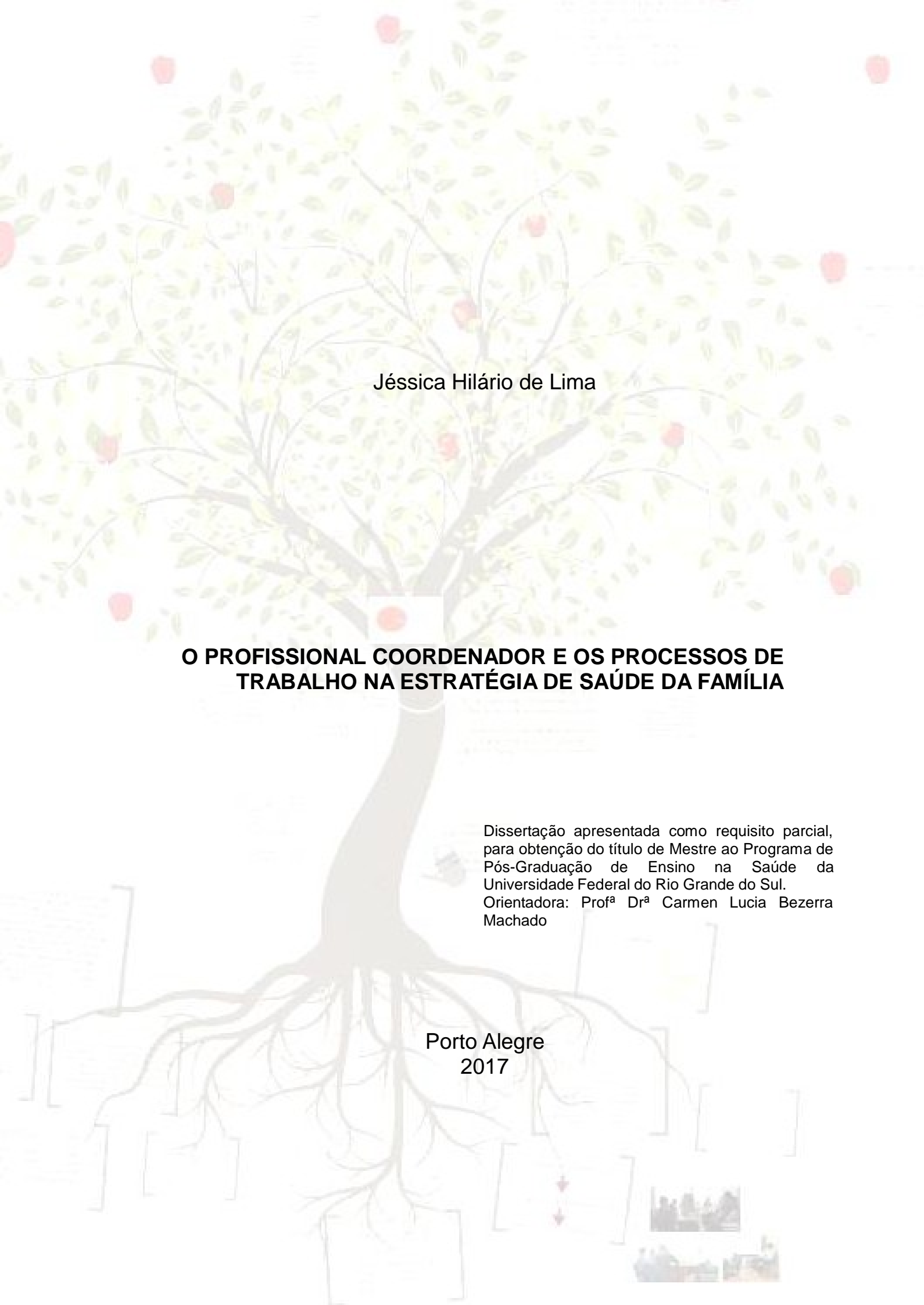


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL**

Jéssica Hilário de Lima

**O PROFISSIONAL COORDENADOR E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre  
2017



Jéssica Hilário de Lima

**O PROFISSIONAL COORDENADOR E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial,  
para obtenção do título de Mestre ao Programa de  
Pós-Graduação de Ensino na Saúde da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra  
Machado

Porto Alegre  
2017



CIP - Catalogação na Publicação


Lima, Jéssica Hilário de  
O PROFISSIONAL COORDENADOR E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / Jéssica  
Hilário de Lima. -- 2017.  
90 f.

Orientadora: Carmen Lucia Bezerra Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-  
RS, 2017.

1. Coordenação em Estratégia de Saúde da Família.  
2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Processo de  
Trabalho. I. Machado, Carmen Lucia Bezerra , orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).





ATA PARA ASSINATURA NO \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Jessica Hillarto de Uma, com ingresso em 24/04/2015  
Título: O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família  
Orientador: Priscila Drcarmen Lucia Bezerra Machado

Data: 07/04/2017  
Horário: 16:30  
Local: Sala 41 (40 andar)/FAMED UFRGS

Banca Examinadora	Origem
Elisabete Kasper	UFPEL
Luiz Fernando Calage Alvarenga	UFRGS
Erica Rosalba Mallmann Duarte	HCPA

Porto Alegre, 07 de abril de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Elisabete Kasper		4	_____
Luiz Fernando Calage Alvarenga		10	_____
Erica Rosalba Mallmann Duarte		pv.: 1	_____

Conceito Geral da Banca: ( ) Correções solicitadas: ( ) Sim (.) Não  
(Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim (.,x) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

\_\_\_\_\_  
Aluno

\_\_\_\_\_

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre - RS -



*Dedico esse trabalho a todos meus amigos e familiares, e aos trabalhadores da saúde, em especial, meus colegas, coordenadores da Atenção Básica que permanecem engajados trabalhando por um SUS mais equânime e integral.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Pai maior pela proteção espiritual, pela oportunidade da vida e pela força que me deu nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Agradeço aos meus pais, irmão e familiares por me apoiarem sempre nas minhas decisões e aventuras acadêmicas. Meu amor por vocês é tão grande que não consigo expressar em palavras.

Aos meus amigos e ao meu amor Gabriel pelo companheirismo, carinho e compreensão nos meus momentos de ausência para produção dessa obra.

Aos meus amigos / colegas de trabalho da ESF Santa Tereza pela parceria diária, pela confiança que é depositada em mim desde que assumi a coordenação dessa unidade e que me ajudam a construir uma gestão participativa. As residentes de Saúde Coletiva da UFRGS, Etianne Sasso e Taís Martins pela competência, parceria e ajuda na construção e organização desse trabalho.

À ex-gerente distrital Danielle Stein pela aposta nesse trabalho e ao apoiador institucional Marsam Teixeira pelo incentivo desde o início dessa caminhada. Minha gratidão a todos os membros da gerência Glória, Cruzeiro, Cristal pela compreensão nos meus períodos de ausência para participação deste desafio. É motivo de muita altivez trabalhar nessa região. Glória, motivo de orgulho, de exaltação, Cruzeiro que orienta os caminhos e Cristal que traz a transparência (palavras de Denise, assessora do CONASEMS).

À Carmem Lucia Bezerra Machado, pelo zelo e paz espiritual com que me transmitiu ao longo do percurso dessa pesquisa. Foi um privilégio compartilhar essa produção com a professora Carmen, por tudo que ela representa enquanto educadora e pesquisadora.

À UFRGS, por intermédio do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, pela oportunidade de participação em um Mestrado Profissional, que faz com que eu consiga expressar por meio da produção científica a realidade do trabalho no SUS. E agradeço também aos meus colegas de jornada, pelas trocas, pelas conversas, risadas e abraços fraternos. Todos têm um significado muito especial na minha vida. Ubuntu, sempre.

*"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção."  
Paulo Freire*

## RESUMO

A proposta da implantação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) para organização da assistência em saúde faz com que o processo de trabalho da AB se reestruture com a finalidade de substituir as práticas educativas convencionais. Para que as organizações de saúde se tornem eficazes é necessário que se estabeleçam relações educativas entre as pessoas, tecnologias, recursos e administração. Para tanto, a função de coordenação é de suma importância nas instituições de saúde. O objetivo desse estudo é compreender o processo educativo no trabalho do Coordenador da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal – GCC do município de Porto Alegre (RS), com vistas a sugerir a implementação de ações de educação interprofissional em saúde para os Coordenadores. Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, iniciado com um questionário *on-line* (*Google Forms*) para caracterização dos 21 sujeitos da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas. Após, foram realizadas duas sessões de grupo focal, com 14 coordenadores das Unidades de Saúde da Família GCC. Na análise dos dados emergiram 4 categorias: De programa a política de saúde: *estratégia de saúde da família e os desafios da gestão*; A coordenação da Atenção Básica – *Gestão em saúde: “O calcanhar e o garrão”*; *Processo de trabalho e a saúde do trabalhador na AB – Saúde do trabalhador: do profissional da saúde à própria saúde*; *Utopia trabalhar transdisciplinaridade e ensino interprofissional na AB? Trabalho multi / inter / transdisciplinar – Ubuntu – “Sou quem sou, porque somos todos nós”*. Por conseguinte, a pesquisa apresentada reúne informações relevantes para a compreensão do cotidiano do trabalho da coordenação. Sugere-se estratégias de EIP e a normatização de carga horária para esse cargo gerencial.

**Palavras-chave:** Coordenação em Estratégia de Saúde da Família; Estratégia de Saúde da Família; Processo de Trabalho.



## ABSTRACT

The proposal of the implantation of the Family Health Strategies for the organization of health care causes that the work process of Primary Care is restructured in order to replace conventional educational practices. For health organizations to become effective it is necessary to establish educational relationships between people, technologies, resources and administration. The purpose of this study is to understand the educational process in the work of the District Family Health Strategy Coordinator Glória/Cruzeiro/Cristal – GCC of the municipality of Porto Alegre with a view to suggesting the implementation of interprofessional health education actions for the Coordinators. This is a qualitative research of an exploratory nature, started with a questionnaire *on line* (Google Forms) to characterize the 21 subjects of the research, with open and closed questions. After that, two focal group sessions were held, with 14 coordinators of the Family Health Units GCC. In the analysis of the data emerged 4 categories: From Program health politic: *family health strategy and management challenges*; The coordination of Basic Attention – Health management: *"The heel and the garron"*, Work process and worker health in AB – *Worker's health: from the health professional to the health itself*; Utopia work transdisciplinary and interprofessional teaching in AB? Multi / inter / transdisciplinary work – Ubuntu – "I'm who I am, because we are all of us". Therefore, the presented research gathers information relevant to the understanding of the daily work of the coordination. We suggest EIP strategies and the standardization of workload for this managerial position.

**Keywords:** Coordination in Family Health Strategy, Family Health Strategy, work process.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da localização do Distrito Glória / Cruzeiro / Cristal no município de Porto Alegre / RS..... 25

Figura 2 -- Questionário *On Line* (*Google Forms*) Perfil dos Coordenadores GD GCC.....34

Quadro 1 -- Nº de teses, dissertações e artigos científicos nas bases de dados.....37

Quadro 2 -- Número de Unidades de Saúde da Atenção Básica, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção de populações específicas, por Gerência Distrital.....41

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AB** – ATENÇÃO BÁSICA

**ACS** – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**AP** – ATENÇÃO PRIMÁRIA

**APS** – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**CGAB** – COORDENAÇÃO GERAL DA AB

**CSVC** – CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCÍARIOS

**DCNs** – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

**EIP** – EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

**ESF** – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**FAURGS** - FUNDAÇÃO DE APOIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**GCC** - GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

**GD GCC** – GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL

**GHC** – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

**IMESF** – INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IPEA** – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

**MS**- MINISTÉRIO DA SAÚDE

**NASF** - NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

**NOB** – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

**OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

**PMS** – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

**PACS** – PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL

**PNAB** – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

**POA** - PORTO ALEGRE

**PSF** – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

**SF** - SAÚDE DA FAMÍLIA

**SIM** - SISTEMA NACIONAL DE MORTALIDADE

**SINASC** – SISTEMA NACIONAL DE NASCIDOS VIVOS

**SMS** – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**SUS** - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**TCLE** – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UBS** – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**UFRGS** – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL


**USF** – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**US** – UNIDADE (S) DE SAÚDE



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Cenários e participantes da pesquisa.....	23
3.2.1 Contextualizando o Distrito Glória / Cruzeiro / Cristal.....	23
3.3 Coleta e análise dos dados.....	28
3.4 Caracterização dos Coordenadores.....	30
3.5 Considerações éticas.....	36
<b>4 DIÁLOGO ENTRE TEORIA E PRÁTICA</b> .....	37
4.1 De programa a política de saúde: estratégia de saúde da família e os desafios da gestão.....	38
4.2 A coordenação da Atenção Básica – <i>Gestão em saúde: “O calcanhar e o garrão”</i> .....	42
4.3 Processo de trabalho e a saúde do trabalhador na AB – <i>Saúde trabalhador: do profissional da saúde à própria saúde</i> .....	49
4.4 Utopia trabalhar transdisciplinaridade e ensino interprofissional na AB? <i>Trabalho multi / inter / transdisciplinar – Ubuntu – “Sou quem sou, porque somos todos nós”</i> .....	54
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICE A – Questionário On-line</b> .....	68



<b>APÊNDICE B</b> – Termo de compromisso de utilização de dados.....	73
<b>APÊNDICE C</b> – Nº de teses, dissertações e artigos científicos nas bases de dados.....	74
<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro grupo focal.....	76
<b>APÊNDICE E</b> – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
<b>APÊNDICE F</b> – Nomes de flores e seus significados.....	80
<b>APÊNDICE G</b> – Portaria XX/17 instituição carga horária Coordenação da Atenção Básica.....	81
<b>APÊNDICE H</b> – Proposta de Educação Permanente para coordenadores da APS.....	83
<b>ANEXO A</b> – Parecer consubstanciado.....	84
<b>ANEXO B</b> – Termo de ciência e autorização da coordenação onde será realizada a pesquisa.....	86
<b>ANEXO C</b> – Parecer consubstanciado do CEP.....	87
<b>ANEXO D</b> – Tabela função gratificada SMS.....	90

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção primária à saúde (APS) tem sido associada à porta de entrada do sistema de saúde. Diversos marcos teórico-conceituais propuseram abordagens e indicadores para avaliar e caracterizar a APS, tendo em vista associação ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Dentre eles destaca-se a publicação *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, de Starfield, em 1998, traduzido para língua portuguesa e publicada no Brasil em 2002. O livro traz evidências sobre o papel da APS nos sistemas de saúde, evidências científicas dos seus impactos na saúde da população e compara o custo-benefício entre países com diferentes formas e em diferenciados graus de implantação dessa estratégia, além de propor uma estrutura para mensurá-la e definir suas particularidades (STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais e exclusivos da APS compreendem: acesso / atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Um alto nível de alcance dos atributos essenciais da APS resulta em três aspectos adicionais denominados aspectos derivativos, os quais qualificam as ações e serviços deste nível de atenção. Os aspectos qualificadores são centralização na família, competência cultural e orientação comunitária (BRASIL, 2010).

Grande parte dos países adere à terminologia “atenção primária à saúde”. A definição da atenção primária é citada na Declaração de Alma-Ata (1978) no qual conceitua a APS como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade”. No que concerne à terminologia, parte-se do princípio de que tanto a APS como a Atenção Básica (AB) se equivalem. À vista disto, será utilizado o termo APS para a construção deste texto.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que entereça na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A APS promove saúde por meio do

exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (BRASIL, 2012).

Para conseguir contemplar essas ações de saúde, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, fundamentada em princípios e diretrizes norteadores, tais como, universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade representou um significativo avanço para a organização da assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

Assim, para reordenar o modelo assistencial, o MS estabeleceu em 1994, por meio da portaria 692 / 94, o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde intitulado como Estratégia da Saúde da Família (ESF), fundamentado em uma proposta de vigilância à saúde, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde do país com a transformação das práticas de saúde. A partir da APS, enfatizar a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento e a recuperação da saúde dirigida aos indivíduos, à família e à comunidade, além de resgatar os valores profissionais, conforme os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2000).

O diálogo que se estabelece neste texto está construído a partir do conhecimento da pesquisadora, da busca bibliográfica nas referências teóricas disponibilizadas no processo de formação e nas vozes dos sujeitos da pesquisa. Por este motivo, as falas trazidas pelos participantes estão apresentadas associadas aos conceitos e aos descritores construídos pelos autores pesquisados. As falas são apresentadas com nomes de flores de modo a preservar o anonimato e ao mesmo tempo a integridade dos sujeitos, conforme Apêndice F.

Na fala de Crisântemo<sup>1</sup> percebe-se a magnitude da APS enquanto política pública de saúde transformadora, em contrapartida explicita os “nós” vivenciados no cotidiano:

Eu acredito e quero continuar acreditando que a atenção básica tem sim responsabilidade por resolver 90% dos problemas em saúde pública, mas para que isso aconteça a gente precisa ser estruturado. A demanda de resolver esses noventa e tantos por cento sem que

---

1 Todos os sujeitos envolvidos foram identificados com o nome de flores, conforme APÊNDICE F.



acompanhe a infraestrutura, essa questão de RH (recursos humanos) e a qualificação profissional, para que isso aconteça hoje, a gente vê um fluxo a contrapé, a gente vê a imposição de demandas e de trabalho cada vez maiores a um contrapé da valorização, de suprimento de infraestrutura, RH e de qualificação ao passo muito devagar. E aí, a gente acaba se sobrecarregando em todos os aspectos.

Os elementos ou fatores de risco estressores no cotidiano de trabalho podem relacionar-se com o gerenciamento de pessoal, a desvalorização profissional, a indefinição do papel gerencial, a incompreensão de alguns profissionais, aliados ao tempo insuficiente dispensado às atividades ligadas a gestão e / ou a sobrecarga de trabalho. Para que haja mudanças nesse cenário são necessários papéis bem entendidos na equipe de saúde e que esses estejam bem alinhados conforme o modelo de atenção à saúde.

Atuando na lógica de reorganização do modelo assistencial, a composição das equipes de Saúde da Família (SF) é multiprofissional, sendo a equipe mínima formada por um médico generalista ou especialista em SF ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em SF; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipes de SF. Pode-se somar a esta composição, quando dispendo de Saúde Bucal, um cirurgião-dentista e um auxiliar e / ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Logo, o trabalho em equipe multiprofissional é um importante pressuposto para a reestruturação desse processo de trabalho no âmbito das Unidades de Saúde da Família. Para que isso ocorra, há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação em saúde e na atuação dos profissionais de saúde. Ainda, é necessário que as pessoas estejam comprometidas, estabeleçam vínculos e que seus processos de trabalho girem em torno de um objetivo em comum (FAZENDA; MOREIRA, 2011). Uma equipe será multiprofissional e / ou transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o intuito de uma cooperação entre eles. Em contrapartida, diversas falas citam que apesar de estarem numa equipe multiprofissional é quase que inexistente a parceria com outros profissionais de nível

superior, principalmente no que diz respeito ao quantitativo de atendimentos realizados nos espaços de saúde:

[...] daí tu fica só assim naquela coisa mecânica. Tu não podes dizer: 'assim não agora a gente não tem mais', porque tudo que bater na tua porta tu tem que atender. O médico atende 12, mas enquanto tiver paciente ali se eu tiver 50 vou entrar meio dia adentro. Não existe um respeito com o profissional enfermeiro (Mimosa).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS, 2017) a situação de atendimentos a pacientes em regime ambulatorial por meio de consultas marcadas previamente, e conforme a Revisão de Dissídio Coletivo nº 96.018393-0, fica limitado em 12 (doze) o número máximo de pacientes a serem atendidos por jornada de 04 (quatro) horas de trabalho, ressalvados os casos de urgência. Nesse mesmo aspecto o Conselho Regional de Enfermagem não tem publicada nenhuma resolução ou parecer sobre essa questão.

Dejours (1994) identifica a relação do homem com a organização do trabalho como a origem da pesada carga psíquica das relações laborais, sendo esta relação fonte de prazeres e / ou desprazeres. A organização do trabalho, portanto, considera o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho em que se observa o exercício do domínio / comando, do controle e da ânsia de explorar ao máximo a força de trabalho. Nesse sentido, tem fundamental importância o papel do gestor local / coordenador nas unidades de saúde, considerando principalmente sua função de articular os trabalhadores de modo a organizar o processo de trabalho com vistas à integralidade da atenção.

A proposta desse modelo para organização da assistência em saúde faz com que o processo de trabalho da APS se reestruture com a finalidade de substituir as práticas convencionais. Para que as organizações de saúde se tornem eficazes é necessário que se estabeleçam relações entre as pessoas, tecnologias, recursos e administração. Por conseguinte, a função administrativa possui papel fundamental nas instituições de saúde, sendo compreendida como gerência / coordenação (JUNQUEIRA, 1990).

As equipes de SF, constituídas de uma estrutura multiprofissional, possuem diversas demandas perante o trabalho vivo e o trabalho burocrático, que geram uma

necessidade de organização e de gerência (COTTA et al, 2006). Para Carvalho (2012, p.33), a coordenação local dos serviços da APS “tem a difícil tarefa de compatibilizar, o tempo todo, o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores com certas diretrizes propostas e interesses advindos da direção hierárquica superior da organização e, principalmente, atender as necessidades de saúde dos usuários”.

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos e o interesse de realizar o presente estudo:

1. O que caracteriza o processo de trabalho e de educação da coordenação das unidades de SF?
2. Como o profissional foi inserido nessa função?
3. Quais as atividades que o coordenador realiza no que tange à gestão?

Parte-se do pressuposto de que, para o desenvolvimento de qualquer função, é necessário determinar um perfil do profissional, fundamentado em diretrizes gerais, para daí direcionar a organização do processo de trabalho em cada contexto.

A relevância do presente estudo aparece na medida em que se propõe levar à compreensão do processo educativo e de trabalho desenvolvido pelos coordenadores da região Glória / Cruzeiro / Cristal, no município de Porto Alegre (POA), frente aos desafios atuais da atividade gerencial nos serviços públicos de saúde, em âmbito municipal, para a gestão e a organização das ações propostas para as unidades de saúde.

A motivação para a escolha de temática surgiu devido às experiências obtidas no âmbito do trabalho e a pouca produção de literatura / normativas sobre profissional coordenador da Unidade de Saúde da Família (USF) no município de POA. Não há, até o momento, legislação específica particularizada quanto a função e carga horária em nível nacional, estadual ou municipal.

De forma geral, esses coordenadores são profissionais da área de saúde indicados pelo gestor municipal e / ou gerente distrital, trabalhadores de saúde e / ou lideranças comunitárias para gerenciar as equipes de SF, as quais, geralmente, atendem a uma área adscrita do município. Alguns, além dessa supervisão e do suporte técnico indispensável na atenção à saúde, possuem, também, a função política de integrar as equipes de saúde com a gestão municipal, tendo o poder

decisório em várias questões relacionadas à situação de saúde da região, bem como assistência / cuidado aos usuários de saúde cadastrados nas equipes. Na fala de *Crisântemo*, aparece o acima conceituado, acrescido de outros elementos:

Sabe como percebo essa relação com o apoio, com o gestor, tanto gestor gerente quanto o gestor secretaria. Trazendo um pouco da minha vivência, é como se fosse o pé do agricultor o garrão cascudo com algumas rachaduras. Você passa o creme ele vai entrar algumas vezes, e deveria ser um pé tratado, liso, um cascão menor que a gente pudesse penetrar de falar mais fácil. E aí a gente não consegue algumas vezes nessas rachaduras. Às vezes a gente consegue adentrar e o consegue algumas coisas, mas na maioria das vezes a gente não consegue. Não é uma coisa presente, não é uma relação próxima do sentido que você saiba que vai acontecer alguma coisa, vai estar ali a pessoa uns dez minutos depois, uma meia hora depois. A gente vive várias situações onde essa presença ela se faz por uma ligação, e-mail ou do WhatsApp, porque a presença de física faria toda a diferença. Há uma situação de violência, por exemplo, no meu território, 'ah mantêm a unidade aberta'. Tu não está aqui para ver a situação que está acontecendo, daí por telefone tu quer que te dê um parecer do que está acontecendo. Então, eu vou fechar a unidade porque eu estou me vendo e eu vou embora, claro que na hora que a gente conseguir sair daqui a gente vai sair. E as pessoas estão num gabinete, numa sala. Essa é a sensação que a gente tem. E eles tentam gerenciar uma coisa que está acontecendo lá no território contigo, tu que está vivenciando e aí desacredita às vezes o que tu fala e aí tu não tem o amparo e nem um respaldo de tu fazer alguma coisa. Uma medida mais forte, uma medida mais necessária. Essa é a sensação. Existe uma estrutura está ali todo mundo sabe, mas nem sempre tu consegue penetrar, atingir ou ter um respaldo para ter as coisas.

Entende-se que para tomar como temática central o papel do coordenador da USF implica em considerar que não há receita para o planejamento das ações de saúde, implica em considerar que esta é uma dimensão de suma importância na produção de cuidados na saúde no processo de construção do SUS. Os cuidados na saúde do trabalhador manifestam-se como acolhimento ou não.

Na fala dos pesquisados aparece o “sofrimento psíquico” incompatível com o cuidado:

Tem a gestão. Tem a humanização da gestão. Tem a política nacional de humanização que fala do acolhimento ao trabalhador, trato humanizado com trabalhador. E a gente não vê, a gente é cobrado. E outra coisa ninguém fala em saúde do trabalhador. O trabalhador trabalha amedrontado, o trabalhador trabalha ameaçado. (Cacto)

Diante do exposto, o estudo tem como finalidade ampla compreender o processo educativo do trabalho desenvolvido pelos coordenadores da região GCC, no município de Porto Alegre. Pretendendo-se assim contribuir com vistas à elaboração de propostas de educação permanente para os coordenadores das ESF com base na educação interprofissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender o processo educativo no trabalho do profissional Coordenador da ESF da região Glória / Cruzeiro / Cristal do município de Porto Alegre (RS).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar características e funções do trabalho gerencial desenvolvido na perspectiva do Coordenador da Unidade de Saúde da Família;
- Reconhecer os entraves e potencialidades da Coordenação das equipes de Saúde da Família, com vistas a propor a implementação de ações de educação em saúde.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa caráter exploratório e participante, que para Minayo (2006), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, mas se completa com a presença da pesquisadora no ambiente de trabalho que é objeto da pesquisa de acordo com o que sugere Brandão (1984).

Foi utilizada como técnica um questionário *on-line* (*Google Forms*), com perguntas abertas e fechadas para conhecimento dos sujeitos da pesquisa. Após análise das respostas, foram realizadas duas sessões de grupo focal com os profissionais que responderam ao questionário *on-line*, e aceitaram participar. Todos aqueles coordenadores que não responderam ao questionário não participaram dos grupos. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados, a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, consoante os objetivos da pesquisa.

Para Lervolino e Pelicioni (2001), o grupo focal tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas; para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde; podendo ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder à nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais para a educação centrada na perspectiva cultural de seus factíveis beneficiários.

### 3.2 Cenários e participantes da pesquisa

Foram convidados a participar desse estudo os 21 coordenadores das ESF, constituídas ou em processo de transição (independente do tempo de atuação) que compõem os distritos GCC. Todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os profissionais coordenadores que estiveram afastados durante a coleta de dados devido às férias ou licença, a unidade onde a pesquisadora atua como profissional e os que não manifestarem interesse em participar da pesquisa. Também não participaram da pesquisa os apoiadores da gerência Distrital.

**Quadro 1** - Relação de Unidades de Saúde da Família da Gerência Glória / Cruzeiro / Cristal

<b>Região</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>
<b>GLÓRIA</b>	ESF Alto Embratel, ESF Graciliano Ramos, ESF Jardim Cascata, ESF Glória, ESF Rincão, ESF Nossa Senhora de Belém, ESF Estrada dos Alpes.
<b>CRUZEIRO</b>	ESF Cruzeiro do Sul, ESF Nossa Senhora Medianeira, ESF Santa Anita, ESF Mato Grosso, ESF Orfanotrófio, ESF Osmar Freitas, ESF Vila dos Comerciantes.
<b>CRISTAL</b>	ESF Divisa, ESF Nossa Senhora das Graças, ESF São Gabriel.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2016.

#### 3.2.1 Contextualizando o Distrito Glória / Cruzeiro / Cristal

A gerência Glória / Cruzeiro / Cristal (GD GCC) localiza-se na região centro / sul de POA / RS. Atualmente o Distrito conta com 24 serviços de saúde, sendo

destes 19 equipes de ESF (ESF), atendendo uma população de aproximadamente 160.000 habitantes (OBSERVA POA, 2016). Cabe ressaltar que algumas Unidades Básicas de Saúde estão em processo de transição para ESF, portanto mais duas ESF podem ser incluídas nesse grupo.

A gerência distrital está localizada no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC) e possui uma área física de aproximadamente 14.000m<sup>2</sup>, contando com os serviços: Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Plantão de Saúde Mental, Programa de Redução de Danos, Ambulatório Básico, Ambulatório Especializado, dentre outros serviços (COORSAÚDE, 2016). Ainda, a região é caracterizada por ser um dos cenários destinados às práticas acadêmicas voltadas à saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (OBSERVA POA, 2016). Vale ainda destacar que apesar de ser distrito docente assistencial da UFRGS, o território conta com uma universidade privada.

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Em POA, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades locais sendo os distritos GCC as regiões de estudo desse trabalho. “[...] sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2012, p. 19).

Figura 1 – Mapa da localização do Distrito Glória / Cruzeiro / Cristal no município de POA / RS





- região Cristal: composta pelo bairro de mesmo nome. A Região tem 27.661 habitantes, representando 1,96% da população do município, com área de 3,92 km<sup>2</sup>, representa 0,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.056,38 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 2,28% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,26 salários mínimos. (IBGE, 2010);
- região Glória: composta pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória. A Região tem 42.286 habitantes, representando 3% da população do município, com área de 18,19 km<sup>2</sup>, representa 3,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.324,684 habitantes por km<sup>2</sup>. A taxa de analfabetismo é de 3,29% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 2,80 salários mínimos (IBGE, 2010).

Dentro do Distrito Glória, Cruzeiro e Cristal, as unidades de saúde escolhidas para a realização da pesquisa foram as ESF. Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) de POA (2010-2013), a ESF é mais recente em POA do que a atenção à saúde através das Unidades Básicas de Saúde. É entendida como uma reorientação do modelo assistencial, que resgata o conceito ampliado de saúde e as outras formas diferentes de intervenção junto ao usuário, bem como sua família e a comunidade de maneira geral. Adita-se a isso uma das metas no PMS (2014-2017) que é a ampliação de 46% para 70% a cobertura da ESF, bem como se destaca o desafio da formação permanente de coordenadores e facilitadores institucionais (com atenção especial aos ligados a ESF).

Na tentativa de melhorar esses parâmetros, segundo Machado (2014), a SMS POA reordena o fortalecimento da atenção primária à saúde em meados de 2012, aderindo ao apoio institucional como dispositivo para fomentar os processos de mudança necessários para reformulações. Segundo Kasper (2001), a gestão na ótica da política possibilita vislumbrar como as organizações públicas, principalmente as de saúde, bem como seus Recursos Humanos, estão envolvidos em uma situação de dispersão e de disputa pelo poder. Desta forma existem vários poderes: os formais inerentes ao cargo; os provenientes de negociações e arbitragem dos conflitos internos; o resultante da negociação dos recursos, dentre outros.

O apoio institucional nasce de uma proposição de Gastão Wagner de Souza Campos, com isso, o autor propõe a partir do apoio institucional horizontal, uma reforma sobre a forma de se fazer gestão, complementando a prática dos serviços

aos meios de gerir a atenção à saúde, apostando em uma gestão democrática – cogestão – visando à participação dos sujeitos em coletivos organizados para produção.

Eu acho que o apoio está muito mergulhado nas questões internas de gerência - administrativa. É meio que apaga incêndio e é muito mais voltado num pensamento daqui de dentro (gerência). Eu vejo muito mais o apoiador, como apoiador da gerência do que das equipes. O cargo apoio foi regulamentado a pouquíssimo tempo, então acho que vai melhorar bastante esse entendimento. Até a primeira avaliação que a gente teve que fazer do apoiador institucional, ali a gente vê que o apoiador seria nosso. Mas a função deles mesmo se analisando, 'nossa, a minha avaliação vai ser péssima, porque eu não estou apoiando as unidades, eu estou aqui dentro da gerência'. (Girassol)

O apoiador institucional é uma figura central no organograma de mediação entre as Unidades de Saúde, a gerência a nível local e municipal. Apesar de ele fazer esse elo, segundo Machado (2014), ele vem sendo percebido como algo negativo para alguns sujeitos, devido ao caráter fiscalizatório e punitivo, indo ao encontro da fala da maioria dos participantes da pesquisa.

Para mim aqui é bem diferente, porque lá em outra gerência eu não sei se eram as pessoas ou se era o que a gerência orientava, mas eram pessoas bem distantes. Assim, não tinha uma parceria. Aqui hoje o meu apoiador eu me comunico muito com ele, mas lá eu via que as pessoas vinham até a unidade e te ligavam muito na questão da cobrança assim. Não fez tal coisa, porque que não fez tal coisa iam às reuniões de equipe tinha algum problema iam cobrar, para tensionar, para advertir, era outro posicionamento. Até quando eu cheguei aqui, eu cheguei né, pisando em ovos. E é bem diferente aqui. Eu me sinto bem acolhida aqui... Só de tu sentar e chorar junto já está bom. É um apoio. Não é só na questão da efetividade assim, tem problemas que eu resolvi, mas não, tem muitas coisas que eu também não vou conseguir resolver. É um apoio mais humanizado. (Mimosa)

Dessa forma, entende-se que assim como o apoio, a coordenação das ESF necessita de educação permanente e fortalecimento dos sujeitos enquanto gestores locais.

### **3.3 Coleta e análise dos dados**

Previamente ao início da pesquisa foi apresentada a proposta para a gerente e os apoiadores institucionais da GD GCC com o objetivo de esclarecer a pesquisa e o referencial teórico / prático adotado.

Foi aplicado entre os 21 profissionais coordenadores um questionário *on-line* com questões abertas e fechadas. Foram excluídos do acesso a esse questionário todos os profissionais de saúde do município de POA que não estavam no exercício de atividades de coordenação na ESF. Esse questionário foi *on-line* (APÊNDICE A), através do aplicativo Google Docs.

Tal aplicativo tem uma interface moderada, por meio da qual se controlam suas funções automáticas de organização das informações previamente recolhidas acerca de respondentes prospectivos, envio de convites personalizados por e-mail, coleta e compilação de respostas. Esse aplicativo propicia ainda um banco de dados em servidor permanentemente *on-line* e também exporta dados para softwares estatísticos.

Em reunião periódica dos coordenadores da região, previamente pautada, os profissionais, sujeitos da pesquisa dos Distritos Glória, Cruzeiro e Cristal, foram convidados a participar da pesquisa. Posteriormente, os que optaram por participar do estudo receberam o questionário *on-line* e tiveram um prazo máximo de 15 dias para respondê-lo. O prazo foi ainda prorrogado por mais uma semana. Cabe frisar que responderam ao questionário 19 coordenadores. Eventuais dúvidas foram esclarecidas por contato direto com os coordenadores por e-mail ou Whatsapp em horário comercial.

Após análise da pesquisadora acerca das respostas os participantes, os sujeitos foram convidados a comparecer nos dias 26/08/2016 e 31/08/2016 na sala do Laboratório de Integração Ensino- Serviço (LABIN) na GD GCC para as sessões de grupo focal.

Assim, participaram dos grupos focais os profissionais que aderiram voluntariamente à participação e que responderam ao questionário *on-line*. Esse grupo foi dividido homogeneamente em dois encontros. No primeiro grupo

compareceram quatro coordenadores e no segundo grupo dez coordenadores. Houve discrepância em relação ao número de participantes dos grupos, pois houve ausência de cinco coordenadores numa das sessões de grupo focal. Os grupos foram divididos de forma aleatória.

O grupo focal é um dos métodos de coleta de dados escolhido para esse estudo porque propõe aos participantes um diálogo em profundidade. Em vez de o pesquisador pedir a cada participante para responder a uma pergunta por vez, as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista uma das outras (POPE; MAYS, 2005).

Os grupos podem ser constituídos de 04 a 12 pessoas, com certa homogeneidade em termos de contexto de vida, mas não de atitudes, o que garante a abundância nas discussões (BARBOUR, 2009).

Os encontros dos grupos focais foram gravados em formato de áudio e vídeo e fotografados, e, após, transcritos na íntegra pela pesquisadora. As imagens (fotos) e vídeos da coleta dessa pesquisa foram realizados conforme assinatura do TCLE (Apêndice E). A gravação em áudio e imagem dos grupos também se justifica por permitirem um registro fiel da interação, útil para análises posteriores, permitindo a concentração do pesquisador na situação presente nos grupos, sem a preocupação com registros manuais concomitantes. O pesquisador mantém-se na escuta ativa, com a atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que sejam elas, intervindo com interrogações de conteúdo ou sugestões que estimulem a expressão mais circunstanciada de questões que interessem à pesquisa (CHIZZOTTI, 1998).

Os dados obtidos foram analisados seguindo-se alguns passos da análise de conteúdos propostos por Bardin (2004) segue: 1) ordenação dos dados, que engloba a transcrição na íntegra das entrevistas e do grupo focal, 2) leitura exaustiva e posterior organização das falas e dos dados obtidos nas observações, 3) a classificação dos dados, que dá origem à temática proposta, a partir dos descritores Coordenação ESF, ESF e Processo e relação de Trabalho, e 4) finalmente as outras evidências emergentes dos dados coletados, de modo a interpretá-los e compreender o processo de trabalho.

Esta análise dá origem a este texto no formato que Paulo Freire chama de “livros falados”. Fazemos um diálogo que não perde de vista a seriedade do pensar enquanto se fala, pois o objetivo é construir um tipo de estilo que torne “mais fácil ler as palavras” (FREIRE, 2002, p. 36).

Duas profissionais residentes em Saúde Coletiva da UFRGS participaram como observadoras dos grupos a fim de não haver a interferência da pesquisadora no grupo focal. O observador (que não causa interferência no grupo) é uma figura fundamental no enquadre pichoniano, pois registra, além das falas dos participantes, os vetores grupais, as expressões corporais e outras informações que permitem a análise do movimento grupal (PICHON, 1982).

O roteiro proposto para orientar a condução das discussões está apresentado no Apêndice D.

Para análise do material coletado foram aplicados os seguintes procedimentos:

- 1) Conferência da fidelidade das transcrições dos grupos focais;
- 2) Leitura flutuante dos registros dos dados de forma a facilitar a compreensão do conteúdo;
- 3) Leitura vertical e aprofundada de cada conjunto de dados;
- 4) Análise horizontal e transversal dos registros constituindo as seguintes categorias: Gestão em Saúde, Saúde do Trabalhador e Trabalho Multi/Inter/Transdisciplinar.

### **3.4 Caracterização dos Coordenadores**

Foram convidados a participar da pesquisa 21 coordenadores de USF constituídas ou em processo de transição. Dos 21 coordenadores responderam a

pesquisa *on-line* 19 profissionais (90,5%)<sup>2</sup>, e desse quantitativo compareceram as 2 sessões de grupo focal 14 coordenadores (67%). Os motivos para o não comparecimento nos grupos focais foram licença saúde, consulta médica e falta de profissional de nível superior na Unidade de Saúde<sup>3</sup>.

Dos serviços que correspondem à região, 76,2% são mulheres e 23,8% são homens. Dos 14 serviços pesquisados, ou seja, que responderam o questionário *on-line* e participaram das sessões de grupo focal houve o predomínio do sexo feminino (78,6) em detrimento ao sexo masculino (21,4%). Cerca de 78,9% dos profissionais que responderam ao questionário são enfermeiros e 21,1% profissionais médicos. Coordenadores e coordenadoras neste texto estão identificados no modo masculino. Com não se está naturalizando o debate de gênero ou escondendo o papel feminino como dissociado de espaço público. Visa simplificar o formato usando a norma da Língua Portuguesa. Na literatura sobre gênero, desde a obra clássica de Simone de Beauvoir (2014) além de estudos brasileiros mais recentes, os papéis femininos tem sido associados ao espaço doméstico de trabalho e às profissões da educação e da saúde, particularmente a da enfermagem. As dificuldades e as diferenças de gênero no trabalho podem ser aprofundadas

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012) na ESF o enfermeiro tem a atribuição definida de coordenar e supervisionar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem, além de participar na organização do andamento administrativo da unidade. Em virtude disso, o enfermeiro tem assumido cada vez mais o papel de coordenador das unidades de saúde, o que exige um olhar ampliado para a coordenação de todo o trabalho (JONAS, RODRIGUES, RESCK, 2011).

Eu acho que essa é a pior parte de ser enfermeira é o que as outras pessoas não querem fazer tudo é nós. Todas as outras coisas que qualquer outro profissional não quer fazer o enfermeiro acaba assumindo. E tu vai atender 30 porque tu tens pena do paciente, entendeu?! (Acácia)

- 
- 2 Os dados são apresentados em percentuais para diluir a possibilidade de identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.
  - 3 De acordo com a normativa do IMESF em vigor de 22 de fevereiro de 2016, nenhuma Unidade de Saúde pode estar de portas abertas sem a presença de Profissional de nível superior.

Apesar de não ter uma das Diretrizes Curriculares Nacionais modificadas mais recentemente, a do Curso de Graduação em Enfermagem é a que mais defende a formação de profissionais com capacidade de tomada de decisões, visando o uso apropriado de recursos, eficácia e custo-efetividade, avaliando e sistematizando as condutas mais adequadas; liderança, visando o bem-estar da comunidade, pautada na comunicação, responsabilidade, compromisso, empatia e gerenciamento de forma eficaz e efetiva; planejamento, implementação e participação dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de saúde; e desenvolvimento, participação e aplicação de pesquisas ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional (BRASIL, 2001). Somado a isso, dispõem que o profissional deve valorizar o cotidiano do trabalho em equipe e a atuação multiprofissional.

Em relação à pós-graduação, 78,9% realizaram especialização em Saúde Pública ou SF e outros 57,9% outra pós-graduação em outra área da saúde. Apenas 4% têm mestrado e nenhum dos profissionais possui doutorado.

Na pesquisa de Paula et al (2013) não foi observada nenhuma atividade de pesquisa desenvolvida pelos enfermeiros, apesar de que a US do trabalho publicado ser acessível aos acadêmicos da área de saúde para realização de estágios. Os autores reconhecem que a pesquisa é uma dimensão essencial à prática profissional. Incita que os enfermeiros ingressam nas instituições e passam a trabalhar segundo a lógica do serviço, que privilegia o fazer que limita espaços para o saber, caracterizado como produção de conhecimento. A pesquisa acaba se restringindo às universidades e não aparece como prática rotineira desenvolvida pelos enfermeiros em seu processo de trabalho (PERES; CIAMPONE, 2006).

O tempo de formação dos pesquisados corresponde a 10,5% para até 4 anos de formação; 52,7% de 5 a 10 anos de formação; 21% de 11 a 15 anos de formação; e de 15,8% para mais de 20 anos de formação. Dos participantes do grupo focal 35,7% realizaram a sua graduação na UFRGS, 7,1% são formados em universidades privadas no município de POA, 14,2% são formados em universidades privadas na região metropolitana de POA, 14,2% são formados no interior do RS e 28,5% profissionais são formados em universidades em outros Estados do Brasil (todos em universidades privadas).



O tempo de atuação enquanto coordenadores nas unidades de saúde soma 78,9% para profissionais com mais de 1 ano e 21,1% com tempo inferior a 1 ano na ocupação do cargo. Há predominância em relação ao vínculo empregatício IMESF (Instituto Municipal Estratégia de Saúde da Família). A carga horária dos trabalhadores é predominantemente 40 horas, exceto para 5,3% dos entrevistados que fazem até 30 horas de jornada de trabalho semanal. Segundo a PNAB (2011) a carga horária dos profissionais da ESF é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de SF, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada pode variar de 20 a 40 horas dependendo da modalidade da equipe de SF. À vista disso, 89,5% dos pesquisados não possuem outros vínculos de trabalho.

No que diz respeito ao número de equipes de SF, 47,4% trabalham em equipe simples (única), 26,3% em equipe dupla, 15,8% em equipe tripla e 10,5% em equipes quádruplas. Dessas equipes de SF 78,9% não estão completas (falta algum profissional de saúde segundo a PNAB).

Quase a metade dos coordenadores já havia atuado nesta função em outras US (47,4%). Desses profissionais que já atuaram em outras unidades de saúde, 89% permaneceram por menos de 5 anos como coordenadores das unidades de saúde anteriores.

No tocante a indicação para o cargo, 46,35% foram indicados pela Gerente Distrital e / ou Secretário Municipal de Saúde, 15,8% indicados pelos próprios trabalhadores da Unidade de Saúde, 31,6% pelo apoiador institucional e 6,25% indicados por colega de trabalho.

Em relação a curso preparatório / introdutório para o cargo de coordenador de ESF quase que a totalidade não realizou nenhum curso conforme a figura abaixo:

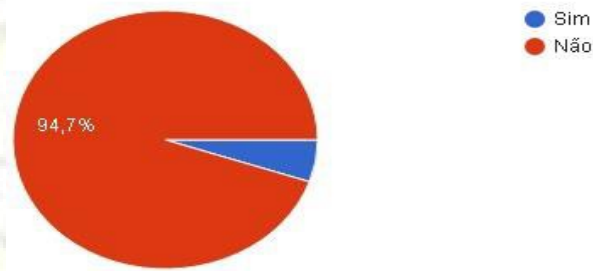


Figura 2 – Questionário *On Line* (Google Forms) Perfil dos Coordenadores GD GCC

Cabe ressaltar que a pesquisa *on-line* foi respondida pelos participantes entre o período de 04/08/2016 a 18/08/2016. Nesse ínterim os profissionais coordenadores ainda não haviam iniciado a participação no curso de qualificação para Coordenadores da APS. O curso de Qualificação para Coordenadores da APS foi elaborado com o objetivo de qualificar a prática de gestão dos profissionais que exercem atividades de coordenação das Unidades de Saúde. Esse curso foi disponibilizado a todos os Coordenadores das Unidades de Saúde de APS e foi realizado em 6 encontros, com carga horária de 8 horas a cada encontro. Durante o segundo quadrimestre de 2016 foram realizados os 2 primeiros encontros, abordando os assuntos SUS e APS em POA, Atribuições dos Trabalhadores e Coordenadores da APS, Fluxos de Trabalho, Gestão de Pessoas e Mediação de Conflitos. O curso teve conclusão em 16 de dezembro de 2016 (SMS / POA, 2016). A esse respeito, na perspectiva de *Mimosa*:

Eu acredito que deveria ser de caráter permanente. Agora a gente entrou numa capacitação ou que pretende ser encontro de coordenadores e aí umas das propostas que já surgiram foi essa. A gente consegue falar das angústias, de repente não se resolve nada, mas a gente consegue ver os colegas de outros locais e ter ideias também, e ver o que é possível de tu mudares. Mas que seja permanente. Não tem um curso que possa te suprir, por isso acho que precisa te acompanhar.

Todos os profissionais realizam concomitantemente assistência e coordenação durante a sua jornada de trabalho. A maioria respondeu que não sabe definir a quantidade de horas específicas para cada atividade da coordenação, mas que geralmente desempenham uma ou outra função em algum horário disponível

entre as consultas agendadas, intervalos de atendimento, demanda de acolhimento diário, entre outras formas.

Das ações programadas no Plano Anual de Saúde em 2015, a revisão dos processos de trabalho nos serviços da APS em Saúde foi definida como prioritária pela Coordenação Geral da AB (CGAB). Dessa maneira, no segundo quadrimestre de 2015, foram desenvolvidas ações em espaços coletivos que tiveram como produto final a construção das definições das atribuições dos Coordenadores de Unidades de Saúde e a Diplomação dos Coordenadores de Unidades de Saúde da APS próprias da SMS (SMS POA, 2015).

Questionados sobre a percepção em relação à saúde dos cidadãos no seu território de atuação, na região GCC e no município de POA ainda há uma visão do modelo médico centrado e hospitalocêntrico na visão dos usuários dos serviços de saúde. Logo, grande parte dos profissionais referiu dificuldades de trabalhar a promoção e a prevenção de saúde com os usuários de saúde dos seus limites geográficos.

O maior déficit é percebido nas questões estruturais do sistema de saúde, como problemas de fluxo e rede de atenção (referência e contra referência ao nível secundário e terciário), falta de profissionais de saúde nas equipes, falta de insumos e medicamentos. A grande maioria vê a saúde da região precária, citando como principais agentes causadores baixa condição socioeconômica (pobreza, baixa escolaridade, moradias precárias e desemprego) e percebe que cada região do município tem as suas particularidades quanto a esses itens anteriormente citados e doenças prevalentes.

Agregam a isso também o fator de violência nos diferentes territórios da cidade. Segundo os pesquisados, esse fator influencia diretamente no trabalho das equipes de saúde.

Em contrapartida, os profissionais acreditam que a ESF tem potencial de gerar mudança e impacto sobre a saúde da população, por outro lado percebem que os avanços se limitam devido a entraves como falta de investimento e creditação das demais esferas governamentais, como se percebe nesta argumentação:

Se a gerência, não a daqui, mas a nível municipal, acredita / pudesse dar conta do quão importante é, disponibilizaria no mínimo um enfermeiro, ou um

coordenador só para o papel da coordenação. Porque quanta coisa não vai faltando, quanta coisa não vai falha, porque aquele coordenador tem que desenvolver a função assistencial. Então assim, eu acho que isso é “ingerência”. Daqui a pouco tu vai economizar com um funcionário quando tu não passas uma meta ok, mas daqui a pouco tu conseguiste fazer aquela meta só na hora de passar (registrar) tu não passaste. Daí tu vai perder verba do governo, porque tu não passou, mas na verdade tu não passou porque tu não te deu conta, na verdade tu não teve tempo, tu teve que lá atender e não pode passar. Até que ponto será que está valendo a pena tu economizar um coordenador em termos de retorno financeiro? (Erva Doce)

Por conseguinte, os sujeitos da pesquisa avaliaram o que mais produzia satisfação no seu trabalho. A preponderância nas respostas foi a satisfação e reconhecimento do usuário em detrimento do trabalho realizado. Foi ainda citada a autonomia do enfermeiro na APS diferente de instituições hospitalares, a resolutividade da atenção, a comunidade atuando nos espaços como Conselho Local, a formação do vínculo com as famílias e ser um dos “atores”, agentes de modificação, da situação de saúde / produção do cuidado.

### **3.5 Considerações éticas**

Esta pesquisa respeita as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466 / 2012 (BRASIL, 2012) e foi submetida à apreciação e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS (Anexo A), e cadastrado e aprovado na Plataforma Brasil e Comitê de Ética do município de POA, para autorização e prosseguimento da atividade (Número do Parecer: 1.614.980 – Anexo C).

Antes da realização da Pesquisa foi submetido o Projeto à Gerência do Distrito Glória, Cruzeiro, Cristal para que assine o Termo de Autorização da Pesquisa (ANEXO B), assim como foi entregue à instituição o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE B), o qual confere maior fidedignidade e transparência aos aspectos éticos envolvidos neste processo. Quanto aos coordenadores entrevistados foi utilizado o TCLE, (APÊNDICE E) para que apreciação e assinatura. Todos os sujeitos envolvidos foram identificados com o nome de flores e o nome dos serviços de saúde citados foram identificados como

nome de árvores (APÊNDICE F). Todos os coordenadores foram consultados em relação à forma de preservação das suas identificações. A pesquisadora teve como objetivo dar essas significações para os sujeitos de pesquisa devido à relevância dos significados para o cargo de coordenação.

#### 4 DIÁLOGO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Para compor a revisão de literatura, foram trabalhados alguns aspectos históricos relacionados à APS, ESF e Coordenação de ESF. Os descritores utilizados foram: Coordenação em ESF, ESF e Processo de Trabalho. Segue tabela da pesquisa dos descritores nas bases de dados Bireme, portal Capes e Lume.

Quadro 1: Nº de teses, dissertações e artigos científicos nas bases de dados

Trabalhos de 2006 a 2016	Base Bireme	Base CAPES	Base Lume
Coordenação de Estratégia de Saúde da Família	154	37	6645
Estratégia de Saúde da Família	7139	1527	12486
Processos de Trabalho	5561	5081	37769
3 descritores juntos	14	10	6029

Fonte: LIMA, J.H. O profissional coordenador e os processos de trabalho na Estratégia de saúde da Família. Busca realizada dia 29/11/2016.

As publicações utilizadas nesse trabalho constam nas referências e estão incorporados ao texto de acordo com a pertinência temática. Foram selecionados 16 artigos e 3 monografias para leitura e retirada de todos os que não abordaram ao menos um dos descritores de modo a contribuir para o estudo. Após a leitura na íntegra dos textos foram escolhidos os que aparecem citados, num total de 8 trabalhos.

#### **4.1 De programa a política de saúde: estratégia de saúde da família e os desafios da gestão**

O PSF foi institucionalizado em 1994 pelo MS do Brasil, foi criado com o intuito de reverter o modelo assistencial vigente, que era o hegemônico, centrado em ações curativas e no profissional médico. A institucionalização do PSF, inicialmente, focalizava grupos populacionais relativamente excluídos pelo modelo de atenção hegemônico e buscava a efetivação da APS (SILVA, 2005).

O PSF rapidamente cresceu tanto em números de equipes implantadas em todo o país, quanto na redução de indicadores de morbidade e mortalidade, que houve conseqüentemente, melhoria de indicadores de qualidade de saúde, a exemplo da cobertura vacinal, dentre outros parâmetros. Com essa ascensão, o PSF deixa de ser um programa e passa a uma política governamental estratégica da APS, denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

De acordo com Germano et al (2007, p.05), a ESF busca mudar “paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico”, numa lógica de trabalho intersetorial e não isolado (JONAS, RODRIGUES; RESCK, 2011). Daí a importância que a ESF tem na mudança do modelo assistencial, como finalidade a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Rosa e Labate (2005) a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista / hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno, mas sim às necessidades de saúde das pessoas. Por isso, o “PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade” (ROSA; LABATE, 2005, p.1034). A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionado que milhões de brasileiros indígenas, pardos, pretos, miseráveis ou ricos, possam dispor de acessibilidade e também do acesso às ações e serviços de saúde.

A ESF é o modelo de atenção à saúde, que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária. Atualmente, a ESF, segundo o

MS, assiste em todo Brasil, 193.976.530 milhões de pessoas, com uma cobertura de 63,99% da população, assistidos por 332.289 ACS e 48.423 equipes de SF (BRASIL, 2016).

Para implantação da ESF, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) na Resolução 648 (RS, 2016) destaca que a Secretaria Estadual de Saúde além das competências descritas na PNAB (páginas 29-31), tem algumas competências para implantação do modelo ESF. São elas: a organização de ações, serviços e fluxos por macrorregiões e regiões de saúde; a organização e definição do fluxo de credenciamento de Equipes de SF; e a consolidação e qualificação da ESF, sendo responsabilidade do Estado o cofinanciamento da ESF, em conformidade ao determinado na Portaria nº 2.488 / GM / MS, de 21 de outubro de 2011.

No âmbito municipal, segundo Luvison e Baldisserotto (2008), a ESF foi implantada em POA no ano de 1996, apesar de já existir o chamado Serviço de Saúde Comunitária (SSC), desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na zona norte e leste da capital que prestava atendimentos com foco na APS. Esse serviço, além de atender a demanda da APS, era referência para média e alta complexidade, sendo resolutivo em 85% das necessidades da população e garantia ainda o atendimento especializado e hospitalar (RADAELLI et al., 1990).

Dessa forma, o final da década de 90 marcou o início da implantação do PSF na capital. Segundo Gralha e Moraes (2007), profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), organizados em uma comissão elaboraram um projeto para a formação de Equipes de SF, com um novo perfil em consonância com os princípios do SUS e voltado para promoção da saúde e não mais centralizado na doença. Esse projeto supriu os vazios de atendimentos em saúde e para complementar a cobertura de assistência em áreas de grande vulnerabilidade sócio-sanitárias.

A municipalização da saúde ocorrida em 1996, em POA fez com que o município assumisse a gestão dos programas de saúde pública e de APS à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município. Até 1996, POA, possuía somente 12 serviços de APS e um hospital público, Hospital de Pronto Socorro (HPS) sob a gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) (SMS, 2003).

A proposta inicial do projeto, em 1996 era partir de 30 Equipes de SF e, em um ano, chegar a 100 equipes, sendo que uma unidade poderia ter mais de uma equipe, cobrindo 460.000 cidadãos. As primeiras nove equipes no município de POA foram: PSF Safira, PSF Jardim Cascata, PSF Santa Anita, PSF Santa Tereza, PSF Planalto, PSF Ponta Grossa, PSF Esmeralda, PSF São Pedro e PSF Viçosa (GRALHA; MORAIS, 2007).

Os profissionais contratados para os serviços de APS foram terceirizados: entre 1996 a 2002 pela Associação de moradores; entre 2002 a 07/2007 pela Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS); de 2007 a 2009 pelo Instituto Sollus; e, por fim, pelo Instituto de Cardiologia até 2012. Em 2012 iniciou a contratação dos profissionais de saúde para o IMESF. Dentre o quantitativo de profissionais da APS de POA, até o final de 2016, 57% deles são profissionais do IMESF e outros 43% são vinculados à SMS e às instituições parceiras (GHC, HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre), Ernesto Dorneles, Pontifícia Universidade Católica (PUCRS) e Hospital Mãe de Deus (IMESF, 2016). Quem vivenciou o início da ESF no município relata que se faziam atividades que hoje são praticamente inexecutáveis:

Quem viu a formação na época da ESF da época da FAUFRGS, quem era FAUFRGS a gente tinha prazer de trabalhar sabe?! Era uma coisa assim a equipe toda pegava junto todo mundo se entendia no olhar né?! Aquele gosto por trabalhar. Tanto que eu saí chorando, quando eu saí da Estratégia, pela primeira vez. Para mim era fantástico, eu conhecia tudo, cada bequinho que tinha. A gente fazia visita domiciliar e conseguia, agora nem consigo sair direito na verdade (Petúnia).

Para recebimento das Equipes de SF foram utilizados os seguintes critérios: o perfil sócio sanitário das comunidades de baixa renda (considerando aspectos como alcoolismo, desnutrição, drogas, incidência de doenças infecto-contagiosas e prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre outros); a ausência de serviço e / ou dificuldade de acesso ao que existia; mapeamento da mortalidade infantil, feito através do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) e contando com dados de outros sistemas (Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC, Projeto Vigilância, Projeto de Atendimento Integral à Saúde das Crianças Menores de um ano e Projeto de Crianças e Gestantes em Risco Nutricional); e moradia, pela qual famílias foram



assentadas em novas áreas, onde foi prevista a infraestrutura necessária para se estabelecer Equipes de SF (EIDELWEIN, 2010).

No momento atual, a APS de POA é composta pelas Unidades de Saúde, pelas Unidades de Saúde para Populações Específicas e pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Até o 2º quadrimestre de 2016, a cidade de POA contava com 141 Unidades de Saúde de APS. Dessas, 112 têm a SF como modelo de atenção implantado e outras 22 Unidades de Saúde (US) com uma parcela da população assistida pela SF – modelo misto – ou seja, ainda integrando especialistas nesses espaços. Em 29 US, o modelo de atenção à saúde ainda não contempla SF (SMS POA, 2016).

A região GCC, como mostra a figura abaixo, tem um percentual de cobertura de 78,4%, um dos maiores índices da cidade. Ainda assim, segundo os pesquisados há muito que melhorar em relação ao número de trabalhadores, equipes de saúde para atender a demanda que a região GCC exige.

Quadro2:

Número de Unidades de Saúde da Atenção Básica, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção de populações específicas, por Gerência Distrital

Gerência Distrital	População	US	US com Saúde Família	ESF	Cobertura ESF (%)	ACS	Cobertura ACS (%)*	ACE	NASF	Cobertura AB (%)	eCR	EMSI	ESP	USSE
CENTRO	277.322	3	3	7	8,7	34	7,0	34	0	22,2	1	0	0	0
<b>GCC</b>	<b>149.626</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>78,4</b>	<b>101</b>	<b>38,8</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>98,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
LENO	151.073	23	19	34	77,6	121	46,1	11	2	95,5	0	0	0	0
NEB	190.337	26	20	42	76,1	146	44,1	14	2	93,9	0	0	0	0
NHNI	183.218	14	11	34	64,0	84	26,4	11	2	86,6	1	0	0	0
PLP	173.141	21	16	33	65,8	116	38,5	15	1	86,6	0	1	3	0
RES	93.796	12	10	20	73,6	85	52,1	9	0	77,8	0	0	0	0
SCS	190.839	18	12	24	43,4	88	26,5	13	1	60,3	0	0	0	0
<b>Porto Alegre</b>	<b>1.409.352</b>	<b>141</b>	<b>112</b>	<b>228</b>	<b>55,8</b>	<b>775</b>	<b>31,6</b>	<b>117</b>	<b>9</b>	<b>73,0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

FONTE: SMS/CGAPSES/IMESF, SCNES e IBGE Censo 2010.

US = Unidade de Saúde; ESF = Equipe de Saúde da Família; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; eCR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; USSE = Unidades de Saúde Socioeducativo. População Censo 2010 IBGE. Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISFACTO, DAB/MS).

Com a implantação e desenvolvimento da ESF, o processo de construção do SUS vem sendo pautado nas discussões dos formuladores de políticas, gestores ou não: – que papel e perfil devem ter os gerentes dos serviços de saúde; – quais suas

necessidades de qualificações; por quais ações os mesmos devem ser responsabilizados; e, - como esses gerentes devem atuar frente às adversidades dos serviços (JONAS, RODRIGUES; RESCK, 2011). Estas questões são objeto de análise no próximo item deste texto.

#### **4.2 A coordenação da Atenção Básica - Gestão em saúde: “O calcanhar e o garrão”**

Sobre o termo coordenação entende-se o ato ou a ação de coordenar; reunir ou dispor com coordenação; arranjar, organizar (AURÉLIO, 2017). Mas como alguns coordenadores foram ocupar esses espaços? Na fala de *Lírio, Crisântemo e Rosa Roxa* contextualizando a fala dos demais pesquisados também reflete o sentimento da maioria dos coordenadores que “caíram de paraquedas” na gestão local. Ainda, incita o trabalho que se torna penoso devido a impasses de fluxos, gestão de pessoas e sobrecarga de trabalho aliada a falta de tempo.

Não tinha como, não tinha outra pessoa, não tive escolha e até então eu não tinha ainda essa experiência como coordenação. [...] Então como diz o Cacto foi um desafio, e é um desafio constantemente.

[...] Eu atropelo mesmo fluxos e o sistema de ‘vou em vez de rezar ao santo, vou direto a Deus’, levo xingão por causa disso, mas eu vou continuar sendo assim [...] principalmente os problemas é RH, esses Fluxos e as faltas fazem o trabalho da gente ficar mais penoso, eu acho. Não foi uma coisa, não foi uma coordenação construída acho que a maioria foi uma coordenação imposta, coordenação caída de paraquedas. Eu acho que nesse processo algumas coisas ficam muito penosas para o trabalhador. A gente divide muitas funções, onde a gente não consegue determinar horários para fazer. Na coordenação, geralmente tu faz assistência e no meio da assistência tu está fazendo coordenação. Isso é muito penoso. Eu acho que isso me desgasta muito também.

Não tem um mínimo de tempo para ler os e-mails, as demandas tu não consegue porque tem alguém te chamando ou é o telefone. [...] Eu não sei para vocês, mas para mim, me angustia muito, e as demandas assim: ‘respondam, respondam...’

Para Carvalho (2012) a coordenação é compreendida: como uma atividade meio que estabelece relações em seu cotidiano com o gestor, trabalhadores e usuários de saúde – contudo sua maior atuação é junto aos trabalhadores; atuação frente às necessidades de saúde dos usuários é orientadora do trabalho da coordenação local; realização da tradução e a intermediação das políticas emanadas do gestor junto aos trabalhadores, usuários e população do território; identificação das necessidades / problemas dos usuários e população e planejar ações para o enfrentamento destes (juntamente com demais trabalhadores da unidade e controle social); promover a articulação e a integração dos trabalhadores da unidade (coordenar o processo de trabalho) dentre outras atividades. Ainda a coordenação também tem como objetivo intermediar as tensões e os conflitos que permeiam o trabalho. Fica nítido na fala de *Coroa Imperial* que a liderança está na essência do papel de quem está coordenando e isso é essencial para desenvolvimento de atividades inerentes a gestão, que teoricamente não inclui a assistência.

É do meu perfil gostar de funções de liderança, sempre gostei, então eu gosto mais da função de coordenador do que a função de enfermeiro mesmo, que tem coisas que eu não gosto na função de coordenador, tem coisas que eu não gosto, mas eu tenho que fazer. Eu entendo como uma profissão como qualquer outra. É a minha forma de ver. (Coroa Imperial)

A interação, a escuta qualificada dessa organização, um processo comunicativo efetivo aliado a um de liderança gerencial faz com que os trabalhadores se mobilizem no campo de atuação (gestão participativa). Assim, considera-se liderança para o gestor, a competência necessária para buscar mudanças em sua prática diária.

Na Norma Operacional Básica (NOB) - SUS 01 / 1996 (BRASIL, 1996), traz uma distinção entre gestão e gerência, sendo a primeira a atividade / responsabilidade de dirigir um sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; e a segunda “como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde, que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”.

Mesmo com a distinção conceitual dos papéis gerenciais, tanto de sistema como de serviço de saúde, não há uma definição de atribuições para os gerentes nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) fato que tem contribuído com uma absorção excessiva de atividades por tais profissionais, e em consequência, comprometendo os produtos finais, que é o gerenciamento do processo de cuidar e a qualidade da atenção aos usuários, de forma humanizada.

Apesar de a NOB - SUS 01 / 1996 (BRASIL, 2006) introduzir de forma sistemática uma concepção de gestão e gerência – que para a época era um avanço – atualmente, serve somente como normatizadora, se analisarmos as novas nuances da gestão contemporânea, principalmente, no que concerne à gestão participativa. Essa gestão participativa compreende o desenvolvimento de relações horizontais com gestores, profissionais de saúde e sociedade civil / controle social nos processos de gestão da APS.

No contexto Estadual, em novembro de 2014, foi aprovada a resolução 648 da CIB (RS, 2016) sobre a Política Estadual da AB tratando de Eixos Estruturantes: Gestão democrática e participativa; Comunicação e informação; Apoio Institucional; Financiamento; Educação Permanente e Continuada; Avaliação e Monitoramento; Linhas de Cuidado – e, Ações Estratégicas da Política Estadual de AB.

Como competências da Secretaria Estadual de Saúde nessa resolução, complementando as atribuições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (p. 29-31) destacam-se:

I – A organização de ações, serviços e fluxos por macrorregiões e regiões de saúde; II – A instituição do apoio institucional na relação com os municípios e as práticas pedagógicas como ferramentas de qualificação dos processos de trabalho; III - Promoção de espaços permanentes de encontro, como: Fórum Estadual das Coordenações de AB (CRS), Colegiados Regionais da AB, Oficinas Municipais e Regionais de AB voltadas para trabalhadores de saúde e gestores municipais, entre outros; IV - Apoio ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos para o Brasil e PROVAB junto aos municípios e instituições de ensino; V- Coordenação do Grupo de Trabalho da AB (GT – AB), vinculado à CIB, com caráter consultivo, responsável por acompanhar e contribuir para implementação da Política Estadual de AB; VI - A organização e definição do fluxo de credenciamento de Equipes de SF, profissionais de Saúde Bucal, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, NASF, Unidades Odontológicas Móveis, Equipes de Consultório na Rua e a alteração de modalidade dos profissionais de Saúde Bucal que são normatizados em resolução específica pactuada em CIB. (CIB 648, p. 16)

Por ora, é citado na Política Estadual que apesar de não haver um modelo organizacional único para uma Coordenação Municipal de AB, as vivências mostram que ter um profissional ou equipe de profissionais especialmente designados para a função de coordenação municipal da AB, formalizada por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da SMS, fortalece e qualifica a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município.

No município de POA, a coordenação da AB foi instituída formalmente em 2015 através do IMESF – criado pela lei nº 11.062 / 2011 e tendo seu estatuto estabelecido no decreto nº 17131 / 2011. Esse instituto trata-se de uma fundação pública de direito privado com personalidade jurídica própria, sem fins lucrativos, com atuação exclusiva no SUS operando na rede integrada e articulada da AB e ESF. A finalidade de criação dessa instituição foi de ampliar o número de equipes de SF, garantindo maior acesso e qualidade à população. Cabe ressaltar que os profissionais de saúde das ESF são exclusivamente vinculados ao IMESF, todavia, como há processo de transição em algumas UBS para ESF há a presença de coordenadores e outros trabalhadores sob o regime municipal, como se vê na fala de Petúnia:

Eu estou em processo de transição, equipe está em processo, mas ainda a gente é uma UBS. Na verdade da Estratégia a gente tem uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e duas agentes de endemias que são do Imesf, né?! O resto todo da equipe, eu tenho gente do Estado, do município, daí fica aquele conflito dos três. Salários diferentes, maneira de bater ponto diferente. Os conflitos que surgem eu tento dizer que todo mundo ali é igual. Tento harmonizar essa questão para que todo mundo entendam que está todo mundo aqui. Os vínculos são diferentes, mas o objetivo do trabalho é o mesmo.

No ato de diplomação dos coordenadores de unidades de saúde realizada pelo IMESF em 2015 todos os coordenadores, independente de seu vínculo empregatício foram condecorados / reconhecidos. Todos concordam que financeiramente a coordenação não é reconhecida, e agora todos falam que por receber a gratificação são mais cobrados. Unanimemente referem que o valor recebido em detrimento da quantidade de trabalho que demandam para a coordenação não compensa (a gratificação).

Uma coisa bastante cruel que eu não concordo e é um dos motivos também que eu não gostaria de estar mais na coordenação, eu acho uma vergonha o Coordenador ganhar o que ganha, é menos que o médico, a gente ganha menos que o profissional dentista mesmo com plus no salário de ser coordenador, é vergonhoso. E são 50% em qualquer empresa quando tu tens um cargo assim, nenhum gerente vai ganhar menos que o seu trabalhador. E assim, quando a gente ganhou o plus disseram fiquem bem contentes porque nem isso antes vocês tinham (Mimosa).

E a fala agora é diferente. Tu estás recebendo, então tu tem que fazer (Dália Amarela).

Percebe-se que há discrepância entre os valores de gratificação dos funcionários do IMESF em relação aos vinculados a SMS. Os imesfianos chegam a receber duas vezes menos do que os profissionais que tem esse último vínculo empregatício. Na SMS há uma tabela de gratificações e essas são designadas conforme disponibilidade e interesse da gestão municipal central, conforme a tabela constante no Anexo D.

Apesar de o salário do IMESF ser considerado bom, muitos acreditam que pela quantidade de energia e serviço demandados deveriam ser melhor remunerados. Salários iguais para trabalhos iguais constam na legislação brasileira, mas a equiparação não existe nestes locais.

Comparando com os outros lugares ok. Só que os outros lugares é que deveriam ganhar mais entendeu?! Não é a gente que deveria achar que a gente ganha muito. Eu acho que os outros, meu Deus, eu acho um absurdo trabalhar. Só que é muito que a gente trabalha. (Acácia)

Ainda sobre questões de gratificação e hora extra os pesquisados referem que ao longo dos últimos 3 anos tem ocorrido perdas no que tange aos direitos trabalhistas anteriormente adquiridos.

Tudo bem assim agora 'é que estamos no momento de crise', acho assim muito o fim da picada a gente trabalhar no sábado. Eu fiz um concurso e sei que a vacina é a alma da Saúde Pública, Blá blá blá. Só que eu não fiz um concurso para trabalhar sábado e nem trabalhar domingo. Eu odeio trabalhar sábado e trabalhar domingo. Daí querem que eu vá trabalhar sábado para ganhar um dia e meio sendo que antes a gente trabalhava para ganhar dinheiro 100%. Bom, nos tiraram o dinheiro agora o que eles querem nos dar uma folga e meia, não é nem os 100%?[...] Eu vejo que eles estão empurrando mais coisas assim para gente nem parar pensar (Erva Doce).

Segundo Manual do IMESF (2016), abaixo estão descritas algumas atividades que competem à coordenação de unidade de saúde:

Realizar a gestão da US conforme as diretrizes, protocolos, normativas e orientações da SMS e IMESF; responsabilizar-se, junto com as equipes, pelo caminho percorrido pelo usuário entre os pontos de cuidado, articulando os diferentes componentes da rede à saúde; [...] identificar, manejar e resolver conflitos e problemas pertinentes ao serviço / equipe; reporta-se ao Apoio Institucional sempre que necessário; facilitar a integração dos profissionais da US com a comunidade; estimular as equipes a trabalharem conforme diretrizes da PNAB e PEAB: territorialização, cadastramento, diagnóstico de saúde, enfoque familiar, integralidade da assistência, trabalho em equipe, intersetorialidade, controle social, planejamento, monitoramento e avaliação e educação permanente; [...] realizar a gestão de todos os profissionais da US, garantindo a manutenção do serviço: assiduidade, pontualidade, efetividade, atestados, liberação para eventos e atividades de ensino, banco de horas, escala de férias; administrar a US em estreita relação com a SMS.

Não obstante, o profissional coordenador, tem papel fundamental no manuseio dos sistemas de informação na APS. Esses sistemas são instrumentos importantes no planejamento das atividades e serviços oferecidos na unidade de ESF. A organização e a correta utilização desse sistema permitem a análise da realidade sócio-sanitária da comunidade atendida, além da avaliação e adequação dos serviços de saúde oferecidos. Por fim, esses dados auxiliam o processo de tomada de decisão gerencial baseado na realidade situacional e possibilita a transformação (PAULA et al, 2013).

Eu acho que num primeiro momento causa certa estranheza, mas depois só veio para somar no caso do ESUS e de outros sistemas. Claro, causa uma desconforto porque tu estás acostumada ali com o papel. Eu acho que deu muita visibilidade para coisa e acho que só somou. No início foi difícil, mas só veio para somar a tecnologia. Vai alavancando tudo parece. (Erva Doce)

Tem bastante resistência entre os meus colegas de trabalho, então tem uns lá com 26 anos, 25 (patrimônio) então eles não tem habilidade no computador, então tem muita resistência, 'não vai funcionar, esse ESUS não vai funcionar, que nem o Gercon faz não sei quantos anos eu escuto falar do Gercon isso não vai funcionar'. E agora eu estou mostrando que está funcionando. (Dália Amarela)

O autor Mishima (1995), reforça que a principal atuação da coordenação de unidade de saúde (US) se dá na organização do trabalho e na gestão de recursos humanos, não podendo ser uma atividade meramente funcional, voltada para as atividades burocráticas, de manipulação dos papéis e rotinização do trabalho predeterminado. Pelo contrário, pressupõe maior autonomia e poder decisório dos atores nas ações e nos serviços produzidos, considerados imprescindíveis para um cuidar em saúde em termos de metas e resolução.

Para tanto, a coordenação de uma USF exige a superação das teorias clássicas de administração, onde o executar estava distante do criar ou comandar. Na APS, a organização do trabalho se dá pela lógica da integração de saberes e relação dialógica entre os membros de um mesmo processo. Assim, a integração da organização ao trabalho, situado nos referenciais da APS, contribui para a modificação do modelo assistencial em consonância com o SUS (JONAS, RODRIGUES; RESCK, 2011).

Além de ser “elo”, ou seja, interligam e mediam relações e possibilitam a vinculação de todos os atores e / ou setores envolvidos, por outro lado, este se põe como representante dos trabalhadores ao repassar aos dirigentes, sobretudo, cobranças a respeito das condições de trabalho.

Temos uma expressão que é metabolizar [...] A gente está numa posição que a gente apanha de cima e de baixo. A gente vai às vezes para reunião e tal e tem coisas que são impositiva, independente de tu concordares ou não, as coisas tem que serem feitas. E daí tu toma um gole d'água engole e metaboliza todas as coisas que tu achou ofensivas pra não ter que ir pior. (Mimosa)

Daí a gente volta para as relações de imposição que é estrutura. Quando eu falo em estrutura, eu falo em gestão quem está lá se impõe contra nós. A gente está vivenciando agora nos últimos tempos o ofício convocando para uma reunião, pela pessoa responsável pela atenção básica do município de Porto Alegre. O posto recebe um ofício numa segunda para ir numa quarta-feira e você tem que parar a sua vida para isso. E aí tu vais lá e tu simplesmente, escuta, você não dialoga, você não trabalha os problemas locais e você só recebe isso. É uma forma de demonstração de poder. Isso é uma estrutura de poder. Eu demonstro meu poder sobre vocês e aí vocês simplesmente executam o que eu quero que executem. Eu tiro vocês do local de trabalho, eu tiro vocês de uma hora para outra, porque é de uma hora para outra. É a forma de demonstração que vocês estão aqui subordinados a mim e aí não pensem, apenas executem. [...] Eu sou o meio do caminho com a minha equipe e aí se eu me comporto dessa forma, muito provavelmente, não estarei mais nessa equipe daqui a pouco, então eu tenho que ser o apaziguador, “tia da creche”, amenizar o que a gestão quer, o que a gerência distrital quer, o que o meu apoiador quer, e o que eu desejo, e o que a minha



equipe e a comunidade quer que aconteça... Tenho que ter o jogo de cintura... E aí eu não fui formado para isso. Não é um sistema de sofrência. Eu falo isso como uma reflexão. (Crisântemo)

Não é um trabalho fácil, mas cabe ainda ao profissional coordenador, evidenciar cada vez mais o trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações, objetivando a melhoria e avanços no processo de trabalho.

#### **4.3 Processo de trabalho e a saúde do trabalhador na APS – Saúde do trabalhador: do profissional da saúde à própria saúde**

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. No latim distingue entre *laborare*, a ação *labor*, e *operare*, o verbo que corresponde a *opus*, então obra. Na língua portuguesa, apesar de haver *labor* e *trabalho*, é possível achar na mesma palavra trabalho as mesmas significações: “a de realizar uma obra que te expresse que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável” (ALBORNOZ, 1986, p. 09).

A gênese da terminologia “processo de trabalho” ocorre, pioneiramente, no final da década de 1960 com a autora Donnangelo (1975, 1976) que iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. O processo de trabalho possuiu diversos componentes: o objeto, foco da atividade que se irá exercer; como resultado obtém-se o produto; os instrumentos de trabalho; e, a atividade utilizada para alcançar o fim (MARX, 2008). Outros elementos constituem o processo de trabalho: os que realizam o trabalho (agentes), o motivo pelo qual se faz o trabalho (finalidade), e o produto (resultado final). Considera-se produto abstrato o conhecimento, as habilidades e as atitudes desenvolvidas pelo profissional para alcançar resultados em seu trabalho (SANNA, 2007).

Entre as décadas de 80 e 90, Mendes Gonçalves, colaborador e estudioso, assim como Donnangelo, formulou o conceito de “processo de trabalho em saúde”, a partir da análise do processo de trabalho médico. Assim sendo, o conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão micro do cotidiano do trabalho e saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores / profissionais de saúde aditados na rotina e consumo de serviços de saúde. Todavia, é importante compreender que neste processo de trabalho diário está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2017). Na saúde percebe-se que o trabalho apresenta uma dupla especificidade: como ação produtiva e como interação social.

Dejours (2004, p. 31), reforça esse pensamento:

O trabalho não é apenas uma atividade; ele é, também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação. [...] Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade.

Essas considerações são importantes para pensar as relações que se dão no trabalho em saúde. Onde parece haver o domínio pelas regras e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência, surgindo conflitos. Muitos dos colegas relatam as tensões e decorrências das atividades exercidas pelos coordenadores:

Todos concordam se você for dar advertência, alguém tem que saber da tua unidade. Porque acaba de certa forma ele (advertido) te boicotando. E tem determinados grupos que não podem ser transferidos como agentes de saúde, que moram no território.

Se tu vai de alguma forma advertir é você quem vai sair dali. Você vai fazer isso só uma vez porque depois te prepara. Ele vai contra ti e a comunidade também. Então tu pensa muito se vai valer. Tu vai ponderando, tu vai trabalhando outras formas. Agora, tu te cansa. Daí tu que se disponhõe a sair porque tu pensa no teu bem-estar. Eu não quero ficar me incomodando com esse tipo de coisa. [pausa] mas as relações se desgastam (Alfazema).”

No âmbito das abordagens contemporâneas verifica-se um amplo leque de interpretações a respeito das características dos serviços. Pode-se dizer que o

trabalho em serviços distingue-se dos demais processos produtivos por três características: fluxo, variedade e uso intensivo de recursos humanos, segundo Meireles (2006).

A característica fluxo considera que o processo de trabalho é desencadeado por solicitação do usuário e se dá sob a forma de um fluxo de trabalho ininterrupto, nem sempre controlado e previsível, sendo a produção e o consumo simultâneos (em relação ao tempo e espaço). Esta característica não permite que o produto seja estocado, pois ele é consumido ao mesmo tempo da produção e, não sendo possível estocá-lo, torna-se improvável ser mensurado.

A variedade refere-se principalmente à diversidade de técnicas de produção considerando as inúmeras áreas de atuação nesse setor. Outra característica é o uso intensivo, trata-se da presença exorbitante dos recursos humanos, uma vez que apesar da crescente incorporação da tecnologia, através de máquinas e equipamentos, os trabalhadores continuam a representar o fator produtivo predominante no processo de prestação de serviço (MEIRELES, 2006).

Na teoria da administração de orientação taylorista o “gorila amansado” capaz de carregar ferro guza, dá lugar ao termo originado no pós Primeira Guerra Mundial, que denomina de Recursos Humanos à força de trabalho, envolvida no processo. Trata a todos como objeto.

Devido a essa predominância o termo “recurso humano” envolve os processos de trabalho principalmente no campo da saúde, um olhar sensível e criterioso precisa ser considerado para compreender as alterações nos territórios, na cidade de POA. Segundo uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / IPEA (2016) a taxa de homicídios, por exemplo, em POA no ano de 2014 foi 43,2 ao mês. De acordo com o Observa POA (2016), somente em 2014 a taxa de homicídios no distrito da região Cruzeiro, selecionando aleatoriamente, a taxa fica em média 47,4.

Eu tive uma situação de um paciente que saiu do posto e foi executado com vinte poucos tiros. Daí eu liguei para a gerência avisei ‘olha as pessoas estão em pânico dentro do posto. ’ O posto cheio tinha gente surtando dentro do posto. Os próprios pacientes eu disse ‘olha está horrível’. Daí ela disse (alguém da gerência) assim, ‘olha agora que já aconteceu tu quer que eu vá aí? Mas daqui a pouco vai acalmar’. Eu acho que todos os nossos coordenadores, a maioria, acha que é muito difícil de lidar com essas situações, de as pessoas entenderem que tu está passando por uma situação difícil e que eles não querem fechar o posto de maneira nenhuma. (Íris)

Esse fator violência tem cada vez mais se acentuado, principalmente nas regiões de extrema vulnerabilidade, locais nos quais estão inseridos os profissionais de saúde da APS. Em decorrência de fatores como esse, os trabalhadores de saúde carecem de um olhar voltado para a atenção à saúde do trabalhador e sua educação, principalmente em relação às questões mentais, nesse processo de trabalho em saúde.

Mas essa é a situação extrema que acontece. Limite extremo que acontece onde a gente percebe estritamente a falta de amparo, a falta de proximidade, a falta de consideração da gestão com quem está na ponta (Crisântemo).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, criada em 2004, conforme prevê o MS (2012) tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Cabe as diferentes esferas do governo proporcionarem ações que assegurem a oferta de ações e serviços de saúde do trabalhador e que desenvolvam estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

[...] tu é referência. Só que ninguém te ouve do outro lado. Daí tu vai lá fazer terapia. (Mimosa)

Nesse sentido, o percurso da produção da psicodinâmica do trabalho tem produzido uma abordagem com olhar analítico sobre as relações entre capital e trabalho e saúde e adoecimento no mundo do trabalho. A década de 80 e 90 foram repletas de experiências que demonstram cada vez mais a importância das pessoas no contexto organizacional, o que levou ao surgimento de "novas leis e novas relações entre capital e trabalho" (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p. 81), permitindo a terceirização na contratação de trabalhadores.

Para Dejours (1992) o início da história da psicodinâmica do trabalho é nos anos 1970 do século XX, na França, muito próxima na época da psicopatologia do

trabalho. Em meados dos anos 1990, seus estudos acentuavam a corrente – iniciada por Begoin, Fernandez-Zoila, Le Guillant, Sivadon e Veil – da psicopatologia do trabalho, fundando-se a disciplina psicodinâmica do trabalho. Esse novo modelo começa a investigar o tema do sofrimento no trabalho aliviando a relação causal precedente utilizada pelos psicopatologistas do trabalho da época. O foco de preocupação agora é problematizar o sofrimento gerado na relação homem-trabalho, quando o trabalho é fonte de sofrimento, está nas raízes de possíveis descompensações psicossomáticas.

[...] eu tenho a sensação que eu ando 12-15 km dentro do posto de saúde no horário de trabalho. (Crisântemo)

Dejours (1999) então se torna um prógono na formulação da nova ciência que trata da interpretação do sofrimento psíquico resultante do enfrentamento dos homens com a organização do trabalho.

[...] Eu não sei, mas parece que os outros setores não tem toda essa vitimização da sociedade. E a gente tem que acolher todo mundo. E quem acolhe a gente? Ninguém nos acolhe. E aí é assim 'não porque tira a placa lá do funcionário que existe punição e tal porque o usuário se sente intimidado de nos agredir fisicamente e verbalmente', então, mandaram a gente retirar a informação de agressão. O funcionário público que pode ser penalizado e em qualquer serviço público existe esse informativo, mas não na saúde. Isso é feio. Aí o usuário é vítima de todas as situações e nós que temos que aguentar no peito. (Girassol)

Nessa perspectiva, a Psicodinâmica do Trabalho possibilita uma compreensão contemporânea sobre a subjetividade no trabalho. Nessa linha alguns coordenadores como *Violeta* referiram que o trabalho, contextualizando a emergência, por exemplo, traz muito cansaço físico, por outro lado na saúde pública o cansaço mental é muito maior.

É complicado, eu prefiro emergência só que por várias questões. Pela tranquilidade, não. A questão é, porque o nosso trabalho é difícil, só que na emergência essa adrenalina te cansa fisicamente, por isso que eu resolvi sair. O cansaço físico da emergência, e é por isso que eu resolvi sair. Só que na saúde pública o cansaço mental é muito maior.

Essa abordagem traz um novo olhar nas ciências do trabalho, ao propor a criação de espaços de discussão onde os trabalhadores pudessem expressar sua

voz, seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho que respondam pela maioria das causas geradoras de prazer e de sofrimento (DEJOURS, 1992).

Gostaríamos que também fossemos vistos pela gestão não só como trabalhador de saúde, mas também como ser humano. Eu sou um ser humano, eu tenho as minhas fragilidades, as minhas emoções, eu tenho as minhas dores enfim... (Cacto)

E aí quando acontece uma agressão como aconteceu com uma colega nossa aqui, muitas vezes o trabalhador ainda é questionado, 'porque deixou chegar naquela situação, qual é a dinâmica da equipe, será que a equipe não está doente', ficam projetando transferindo, responsabilizando a equipe. 'A equipe está desajustada, está passando uma imagem negativa para o usuário'. Usuário não tem culpa, a culpa é do trabalhador. (Alfazema)

Fica explícito que há uma vitimização do paciente, uma vitimização do trabalhador que culpabiliza ele (trabalhador) simultaneamente. A equipe de saúde não está atendendo as necessidades daquela região.

Dejours (1999) descreve como possibilidade de resolução dos problemas e ampliação dos espaços de saúde no trabalho pela fala e pela escuta do trabalhador como "milagre da palavra" por meio do qual são revelados fatos ou raciocínios que o sujeito "sabia sem saber" e que são aditivos importantes como geradores de saúde e realização para o trabalhador, assim como para a organização de trabalho, na superação de seus próprios limites. Integra-se a isso a multi/inter/transdisciplinaridade que encontra na convergência entre ensino-pesquisa e extensão neste tipo de grupo, e possibilita produzir novos conhecimentos para a área da educação e saúde (MACHADO, 2005).

#### **4.4 Utopia trabalhar transdisciplinaridade e ensino interprofissional na APS?**

Trabalho multi / inter / transdisciplinar – Ubyntu – "Sou quem sou, porque somotos todos nós"

Não. Desde que, segundo autores como Peduzzi e Reeves, os sujeitos (atores) envolvidos no processo estejam engajados, não seria uma utopia. Reeves (2016) ressalta que construir um grupo de trabalho com entusiasmo pelo desafio de superação do modelo tradicional de educação (uniprofissional e biomédico) é

essencial para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP). Mas o que é EIP?

A EIP, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2010) ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões ou trabalhadores de saúde aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde.

No modelo tradicional de ensino nas universidades, muitos não tem contato com a realidade dos serviços do SUS. Nas duas próximas falas fica explícito a importância da vivência no SUS para que esse profissional tenha subsídios para melhor desempenhar suas atividades na ambiência da APS.

Quando a gente está recém-formado a gente pensa 'nossa a gente vai influenciar essa população, vou promover saúde, onde tem lixo a gente vai plantar flores aqui'. Os problemas são muito maiores. A gente enfrenta problemas muito maiores e a gente é muito pequeno frente a todos os problemas do lugar que a gente está inserido. (Coroa Imperial)

Eu, por exemplo, quando eu conheci alguma coisa de saúde pública foi quando eu fui no posto. Aquele pouco que eu conheci quando eu vim para a saúde pública, porque eu sempre trabalhei em hospital. Eu pensei, eu não fiz mas eu só acompanhei consultas eu lembrei que o cp (citopatológico) ela fazia assim então tu fica, isso te marca e tu tem algumas ideias. Pelo menos tu tem que tu passou por essa experiência. Eu já vi em algum lugar. Eu acho importante que eles tenham esse conhecimento, não sei. Isso pode ser melhorado, mas que tem sim que ter essa vivência. (Íris)

Assim sendo, a EIP é importante em relação à força de trabalho em saúde “colaborativa preparada para a prática”, para que esteja melhor orientada para responder às necessidades de saúde locais e também para favorecer esse conhecimento das realidades por parte dos alunos. Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para essa finalidade. A necessidade de EIP decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

Segundo Baar (2005), como proposta de formação, a EIP vem sendo discutida nos últimos trinta anos, especialmente nos Estados Unidos e Europa, com o intuito de estimular o aperfeiçoamento do cuidado em saúde por meio do trabalho

de equipe. De acordo com Peduzzi et al (2013), no Brasil houve um avanço maior do trabalho em equipe e da prática interprofissional na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho dos profissionais, em divergência, com a ainda recente EIP, e não incorporada aos processos de formação inicial dos profissionais, como relata a experiência de *Erva Doce*:

Quando eu dou aula, e eu adoro dar aula, no campo de estágio ou em sala de aula, eu procurava promover a autonomia do aluno, ficava junto para ver, porque era muito satisfatório tu ver que ele estava sabendo fazer. Será que a gente faz isso com os funcionários, de preparar eles? Acho que não.

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na alegação de Paulo Freire. A educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação. A autonomia também é um dispositivo importante no trabalho de coordenador na APS. Entretanto, devido à estrutura organizacional, os gestores locais esbarram em situações em que esse poder decisório não é levado em consideração pela gestão central.

Eu acho assim que todos os trabalhadores têm que ter uma chance, uma oportunidade de aprender, para mudar enfim, para reverter o erro, mas tudo tem limite. Tem gente que não quer aprender. Eu acho que a gente tem uma falsa autonomia. Quando a gente está com problema, a gente não pode resolver sozinho. Algumas coisas eles querem a nossa decisão, mas aquilo que a gente queria mesmo resolver decidir, não. Eu não funciono com tal profissional, ele não tem perfil de atenção básica, mas eu não posso transferi-lo, eu não posso demiti-lo, enfim e tem que ter cuidado com essa pessoa, nós que acabamos sendo lesados. (Cacto)

Situações como a referida acima, poderiam ser problematizadas através de EIP, tanto no meio acadêmico, quanto numa instituição de saúde. Para Cyrino e Torrales-Pereira (2004), essa metodologia utiliza a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. Isso pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas



possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.

Portanto, há muito que fazer na educação e na prática interprofissional colaborativa e para tal é preciso o envolvimento e apoio de diversos atores sociais como: Instituições de Ensino Superior e Educação Profissional, instâncias governamentais (federal, estaduais, municipais) para que as políticas de saúde e de educação incorporem EIP e prática interprofissional no conjunto de mudanças propostas. Nesta perspectiva, a citação de Paulo Freire (2005, p.64) reforça o sentido da EIP: “O educador já não é aquele que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que ao ser educado, também educa”.

Eu vejo um problema assim, que muitos professores não entendem o que a gente faz ali, não entendem de atenção básica. Impõem uma realidade para os alunos. A gente tem algumas experiências muito rotineiras, da disciplina X, eu não sei quem recebe, e assim os professores, não são todos, quer dizer alguns, são fora da realidade de uma atenção primária. Romantizam os alunos, ‘têm que empoderar’, ‘as coisas assim têm que mudar a política nacional mudar a lógica do mundo para gente fazer uma atenção básica’. E assim a gente esbarra com a nossa dificuldade de trazer esses meninos para uma realidade. A gente entende que é uma dificuldade nossa. Eu entendo como a gente responsável pelo que vem [...]. (Coroa Imperial)

Por isso, se reconhece na proposta de EIP a relação recíproca de mútua influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde. A EIP salienta a necessidade de interação interprofissional explícita entre os participantes. Métodos de aprendizado que permitem interatividade são, portanto, uma característica chave para EIP. Aprendizado baseado em seminário, aprendizado baseado em observação (shadowing), aprendizado baseado em problemas, aprendizado baseado em simulação, aprendizado baseado na prática clínica são alguns dos métodos de EIP. A combinação de diferentes métodos interativos de aprendizagem em uma iniciativa pode tornar a experiência mais estimulante e interessante e contribuir para um maior aprendizado (REEVES, 2016).

Nesse sentido é que o SUS “é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação” (PEDUZZI, 2016, p. 200).

É nessa esteira que o Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde vem trabalhando nos últimos 5 anos, reunindo profissionais de diversas áreas da saúde, incluindo pedagogos nesta formação e com a produção acadêmica de mais de 30 produtos finais em formato de trabalhos de conclusão de curso, dissertações, artigos, e ainda com projetos locais de educação e saúde, desenvolvidos nas unidades nas quais estão inseridos os profissionais regularmente matriculados, conforme consta no *site*: <http://www.ufrgs.br/ppgensinosauade>. Exemplo deste tipo de abordagem é a dissertação de Luana Machado referida nessa produção, no que diz respeito à Contextualização do Distrito GCC, e a produção de docentes que também pensam essa integração entre os diferentes cursos. A tese de Blank (2009) trata da tendência crescente da utilização do termo injúria na concepção de alunos de medicina, direito, educação e linguística, como necessidade de coordenação de sentidos.

Não resta dúvida quanto à importância e urgência de se efetivar a integração ensino-aprendizagem, em articulação/integração com os serviços de saúde e a participação de organizações da comunidade, para que enfim mudanças possam ser efetivas na formação/graduação em saúde e na instituição de políticas em saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A preocupação educativa com os leitores e com o produzir um material que possa ser utilizado na formação de coordenadores numa perspectiva de EIP foi o que levou a utilizar o diálogo como forma para essa dissertação colocando em conversa as posições dos sujeitos da pesquisa, dos autores sobre as temáticas relativas à coordenação, a partir dos descritores, e os autores que teoricamente sustentam e deram origem a essa conversa que agora, nas considerações finais, me autorizam a elaborar e sustentar um posicionamento que mais do que opinião ou *doxa*, expressa o resultado de um processo educativo coletivo.

Com a intenção de preservar a identificação dos participantes da pesquisa, e para dar sentido a esse reconhecimento foram trazidos nomes de flores. Todas as escolhas foram pensadas em significações de grande valia, e porque não dizer, são indispensáveis para desempenhar o cargo de coordenador na APS: FORÇA para enfrentamento de todos os OBSTÁCULOS e de todas as adversidades que o cargo venha a apresentar; Por que não SORTE? Em muitos dos desafios que nos são designados? ELEGÂNCIA e SEGURANÇA para explanarmos aquilo que idealizamos no desempenho do trabalho gerencial; AMOR FRATERNAL para atender as demandas que tanto os usuários de saúde quanto os colegas nos exigem com muita empatia; DIGNIDADE e LEALDADE para darmos credibilidade e autenticidade ao trabalho; estabelecer CONFIANÇA nas relações multi/inter/transdisciplinares e UNIÃO RECÍPROCA no ambiente laboral; PODER, SEGURANÇA e autonomia para tomada de decisões, agindo sempre com VERDADE e ao encontro do que a gestão central espera – não se esquecendo do diálogo/comunicação e da PERSEVERANÇA, no primeiro tropeço não desista – insista.

Estas características emergiram do processo educativo constituído pelos partícipes do grupo focal que constitui, em si mesmo, um momento de educação desencadeado pela pesquisadora e vivido por todos os participantes – coordenadores de ESF, assim respondendo ao primeiro objetivo específico, inicialmente previsto. O segundo também. Como construção coletiva o grupo que educa também se educa e abre possibilidades para aprender a fazer o melhor. E, como não sabem que é impossível, o fazem.

Para compreender o processo de trabalho é preciso reconhecer que a gestão da saúde é altamente complexa, e o trabalho dos coordenadores a nível local também, tendo em vista que esse profissional é responsável por praticamente todas as vertentes de funcionamento da US.

Os relatos indicam que a maioria dos coordenadores não almejava chegar a ocupar essa função, ou por desconhecimento ou pela complexidade. A formação não anuncia predominantemente o fazer da gestão. Ninguém queria *a priori* ser coordenador. Até mesmo a necessidade de convencimento por parte do gestor, mostrou-se necessária, sendo reconhecida como oportunidade a partir de um espaço conquistado no trabalho desempenhado.

No enfoque organizacional, constata-se que o enfermeiro é o profissional que mais tem assumido essa função gerencial no distrito GCC e isso é uma tendência nacional. As DCNs do Curso de Enfermagem dedicam parte da formação de enfermeiros e enfermeiras a formar e qualificar continuamente segundo os princípios do SUS e com foco especial para a gestão de processos e para o trabalho interprofissional. Quanto “melhor capacitados quando entram” melhor pode ser a atuação da coordenação. Se falta capacitação/ conhecimento e o profissional aprende errado, ele tende a reproduzir o errado.

“A estratégia de familiarização” com o distrito onde vai atuar é uma “boa estratégia para conhecer o território”. Nessa perspectiva, o distrito docente assistencial da GD GCC em pactuação com a UFRGS pode organizar-se melhor a fim de contemplar e promover junto com os alunos destes cursos, vivências ricas e situações para a construção/(re)construção de conhecimentos do e no SUS. Antes mesmo de os alunos iniciarem as vivências no campo de estágio, podem ser realizadas conversas com os professores das disciplinas e os coordenadores, para discussão prévia dos planos de ensino e sobre o que, com as disciplinas, desejam construir. Afinal de contas, todos os coordenadores concordam: “somos responsáveis pela educação interprofissional no SUS”.

No aspecto relacionado à atuação multiprofissional e trabalho em equipe verificaram-se fragilidades: 1. no exercício da coordenação; 2. na mediação dos conflitos; e, 3. no estabelecimento de mecanismos regulatórios da autonomia dos profissionais. No primeiro caso as fragilidades são formas diferentes de contratação do trabalho, condições de trabalho muito desiguais de acordo com as diversas profissões presentes, os fluxos nas US são incompatíveis com a realidade objetiva das comunidades em que estão estabelecidas.

No segundo, os conflitos podem estar relacionados às hierarquias profissionais onde quem coordena ocupa um lugar formalmente superior mas sem poder real para exercê-lo; os conselhos profissionais tem níveis diferentes de organização e de poder para estabelecer e normatizar o trabalho na APS; a formação inicial das profissões em saúde e a falta de profissionalização dos ACS podem provocar conflitos; a defazagem de profissionais devido a diversos motivos para afastamentos, que sinalizam descontentamentos ou sofrimento psíquico, e

promovem a insatisfação dos usuários do SUS, sem que os coordenadores disponham de mecanismos para a solução destas situações. Todos os pesquisados concordam: “transferem o problema para outro lugar. E aí dá outro problema e troca de novo”.

Em terceiro lugar os mecanismos regulatórios como um dos aspectos relativos à autonomia das coordenações defronta-se principalmente com as sanções punitórias. No entanto, quem pune pode ser punido com o deslocamento de seu local de trabalho, apenas por exercer uma atividade que lhe é inerente. Dependendo do posto hierárquico ou da pressão política municipal, o “funcionário problema” é transferido e/ou nada sofre. O poder de demissão não existe para as coordenações das US.

A predominância do modelo gerencial verticalizado emerge na fala dos sujeitos de pesquisa e isso lhes causa um sofrimento. Onde não há diálogo, predomina a pedagogia da transmissão, em que somente se escuta o outro, hierarquicamente em posição inferior e, após se reproduz para a equipe de saúde as decisões tomadas pelos de posição superior. Nesse percurso, fica nítido o sofrimento, principalmente psíquico dos participantes das coordenações.

Por conseguinte, propõe-se a criação de espaços de discussão onde os trabalhadores possam expressar sua voz, seus sentimentos e as contradições destes contextos do trabalho. Um dos dispositivos estratégicos para viabilizar a saúde do trabalhador da saúde na APS é o Apoio Institucional. Seria interessante que este “Apoiador” dispusesse de experiência na coordenação facilitando as relações entre apoiadores e apoiados. Mais do que observar o empenho e desempenho, o “apoiador tem que ter perfil” sendo elo entre os coordenadores, a Gerência Distrital e a Gestão Municipal. Mais do que promover o “tem gente que se sente cobrado”, o trabalhar mais vinculado à gerência, ser elemento de ligação. Segundo os participantes da pesquisa “ter ética, ser ponderado e não gerar conflitos”, todos concordam que deve haver “um número maior de apoiadores”.

Para superação dos problemas apontados, recomenda-se legitimar uma carga horária de no mínimo 20 horas de trabalho à função gerencial, conforme proposta de normativa apresentada no APÊNDICE G, ou a contratação de um trabalhador exclusivo para esse cargo.

Além disso, sugere-se que sejam pensadas estratégias de EIP, a fim de que haja construções coletivas. Propõe-se encontros bimensais com enfoque nesta proposta a fim de que os coordenadores possam dispor de uma formação conjunta e espaços de prática coletivizados. A estratégia de treinamento nas US, tal como a realizada quando da implantação do Sistema Informatizado – o ESUS, pela equipe operacional do Telessaúde, aproxima-se da EIP. Também se mostra uma estratégia interessante a proposta de EIP para equipe na unidade de saúde, conforme consta no APÊNDICE H (produto da disciplina Prática Educativa em Saúde I – Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde UFRGS). Entre uma formação isolada para coordenadores, como “uma capacitação formal”, e este exemplo, dizem: “foi muito melhor”.

Certamente tais ações contribuiriam para que a ingerência política afetasse menos o desenvolvimento cotidiano do processo do trabalho nas US.

Conclui-se que a pesquisa apresentada reúne informações relevantes para a compreensão dos aspectos que afetam o cotidiano do trabalho da coordenação e recomenda-se a continuidade de pesquisas que aprofundem a compreensão do trabalho gerencial e suas nuances.

Pesquisar no ambiente profissional e propor objetos de próximas pesquisas com vistas a construir alternativa, quanto à saúde mental que não tem ainda um fluxo estabelecido para a saúde do trabalhador, é possibilidade. Outra é a construção de normativa para a regulação da carga horária da coordenação com vistas à igualdade nas condições e relações de trabalho, em um mesmo ambiente.

Enfim, educar os coordenadores e por decorrência, os seus coordenados, na APS, com FORÇA para superar OBSTÁCULOS, sabendo do imponderável a que muitos chamam de SORTE, ou o inédito viável proposto por Paulo Freire, com ELEGÂNCIA, SEGURANÇA e AMOR FRATERNAL, eticamente comprometidos com DIGNIDADE, LEALDADE e CONFIANÇA na UNIÃO RECÍPROCA, promove o PODER, SEGURANÇA e PERSEVERANÇA, na busca da VERDADE que pelo diálogo promova coletivamente aos coordenadores que juntos construímos este inédito que se mostrará ou não viável.

## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é o trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BAAR, H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. (Other) London, UK: Higher Education Academy, **Health Sciences and Practice Network**; 2005.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. São Paulo: Nova Fronteira, 2014.

BLANK, D. **Formação acadêmica e concepções de acidente e injúria em falantes do português**: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação Saúde da Criança e Adolescente. Porto Alegre / RS, 2009, 203 f.

BRANDÃO, C.R. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [online]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 29 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de AB. **Histórico Cobertura Saúde da Família no Brasil**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 14 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de AB. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PrimaryCareAssessment Tool PCATtool**. Brasil: Ministério da Saúde; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de AB. Informes Técnicos Institucionais. **Programa de Saúde da Família**. Rev. de Saúde Pública. v. 34 n. 3, São Paulo, p 316-319 jun. 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE / CES 3 / 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, B.G. **Coordenação de unidade de AB no SUS: trabalho, interação e conflitos.** 2012. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 1998.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública** v. 20, n. 03, p. 780-788, 2004.

COORSAÚDE. **Coordenadoria de Saúde UFRGS.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/cenarios-de-pratica/distrito-gloria-cruzeiro-cristal>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

COORSAÚDE. Coordenadoria de Saúde UFRGS. **Projetos.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/projetos/pro-saude-iii>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M., AZEVEDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 15, n. 03, p 7-8, 2006.

DEJOURS, C. A. **Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez. 1992.

DEJOURS, C. Sofrimento, prazer e trabalho. In: \_\_\_\_\_. **C. Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho.** São Paulo: FGV, 1999, p. 15-33.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade.** São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EIDELWEIN, M., **A saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Porto Alegre** – Rio Grande do Sul. 2010. 56 f. Trabalho de Conclusão Curso Odontologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** São Paulo: Editora Positivo, 2009, p.580.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p.1421-1428, 2009.

FREIRE, P. **A Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.



FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.

FREIRE, P.; HORTON, M. **O caminho se faz caminhando: Conversas sobre educação e mudança social.** Petrópolis: Vozes, 2003. 231p.

GERMANO, R.M. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL, organizador. **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto.** Natal (RN): Observatório RHnesc / UFRN, 2007. p. 105-132.

GRALHA, R.S.; MORAIS, E.P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: LOPES, M.J.M.; PAIXÃO, D. X. **Saúde da Família - Histórias, Práticas e caminhos.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. p. 31-47.

IBGE [internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse de Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2015.

IMESF. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão IMESF 2015-2016.** Porto Alegre: IMESF, 2016.

IMESF. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa.** Assunto: Presença de profissional de nível superior para funcionamento das Unidades de Saúde da Atenção Básica. 22 de fevereiro de 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice.** Washington (DC): The National Academies; 2013.

IPEA. **Atlas da Violência 2016.** nº 17, Brasília/DF, março de 2016.

JONAS, L.T; RODRIGUES, H.C.; RESCK, Z.M.R. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. **Rev. APS.**, v. 14, n.1, p 28-38, 2011.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de saúde pública.** v. 6, n. 3, p. 247-259, jul/set, 1990.

KASPER, E. **Gestão pública em odontologia: dificuldades e perspectivas.** Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Pós-Graduação em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva. Porto Alegre/RS, 2011, 88p.

LANCMAN, S.; UCHIDA S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho,** São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP,** v. 35, n. 2, p.115-21, jun, 2001.

LUVISON, I.; BALDISSEROTTO, J. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em Porto Alegre, RS. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde da Família – Trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 125-135.

MACHADO, C.L.B. Coerências e sentidos: prática educativa em medicina, uma questão de saúde ou educação. In: Machado, C.L.B.; Manfroi, W.C. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre (RS): Dacasa, 2005.

MACHADO, L. **O Apoio Institucional nos processos de trabalho**: ferramenta para fortalecimento da atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós - Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2014, 72f.

MARX, K. **O Capital**. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MEIRELLES, D.S. O conceito de serviço. **Rev. Econ. Polit.** v. 1, n. 26, p. 119-36, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai-jun, 2005.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 4. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 1994.

OBSERVA POA. Observatório da cidade de Porto Alegre. **População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>>. Acesso em 18 de maio 2015.

OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010.

PAULA et al., Processo de Trabalho e Competências gerenciais do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Rene**, Curitiba/Paraná, v.14, n. 5, p. 980-987, 2013.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 08. fev. 2017.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M., SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PEDUZZI, M. **O SUS é interprofissional**. Interface Comunicação, Saúde e Educação. v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PENTEADO R.Z.; GONÇALVES, C.G.O.; SILVÉRIO, K.C.A.; ROSSI, D.; LIBARDI, A.; VIEIRA, T.P.G. **Grupos Focais**: possibilidades e aplicações para as pesquisas e práticas fonoaudiológicas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* p 124-8, 2006.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 03, p. 492-499, 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 3. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1982.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** 2010.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2013.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2º quadrimestre – 2016.** 2016.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2º quadrimestre – 2015.** 2015.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Conselho Municipal de Saúde. **4º Conferência Municipal de Saúde.** Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Locais de atendimento por região Glória/Cruzeiro/Cristal.** Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?pg=3&p\\_secao=837](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?pg=3&p_secao=837)>. Acesso em: 22 mar. 2016.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa:** na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RADAELLI, S.M. et. al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 232-240, 1990.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface Comun., Saúde e Educ.** v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-am. Enfermagem.** v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 2, n. 60, p. 221-4, 2007.

SILVA, I.Z.Q.J.; O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comun. Saúde e Educ.** v. 09, n. 16, p. 25-38, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

THIOLLENT, M.J.M. **Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária.** 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

## APÊNDICE A- Questionário *On-Line*

11/04/2016

Perfil coordenadores GD GCC

### Perfil coordenadores GD GCC

\*Obrigatório

#### 1. Unidade de Saúde \*

*Marcar apenas uma oval.*

- USF ALTO EMBRATEL  
 USF CRUZEIRO DO SUL  
 USF DIVISA  
 USF ESTRADA DOS ALPES  
 USF GLÓRIA  
 USF GRACILIANO RAMOS  
 USF JARDIM CASCATA  
 USF MATO GROSSO  
 USF MEDIANEIRA  
 USF NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS  
 USF NOSSA SENHORA DE BEL M  
 USF NOSSA SENHORA MEDIANEIRA  
 USF ORFANOTRÓFIO  
 USF OSMAR FREITAS  
 USFRINCÃO  
 USF SANTA ANITA  
 USF SÃO GABRIEL  
 USF VILA DOS COMERCIÁRIOS  
 Outro: .....

#### 2. sexo •

*Marcar apenas uma oval.*

- masculino  
 feminino  
 Outro: .....

#### 3. CURSO DE FORMAÇÃO •

1110412016

Perfil coordenadores GD GCC

**4. Pós- Graduação \****Marcar apenas uma oval.*

- Pós Graduação Saúde Pública ou Saúde da Família
- Outra Pós- Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós- Doutorado

**5. Há quanto tempo concluiu o ensino superior?****6. Tempo de atuação profissional \****Marcar apenas uma oval.*

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano

**7. Tempo no cargo de coordenador \****Marcar apenas uma oval.*

- menos de 1 ano
- mais de 1 ano

**8. Carga Horária semanal de trabalho \****Marcar apenas uma oval.*

- 20hs
- 30hs
- 40hs

**9. tipo de vínculo •***Marcar apenas uma oval.*

- IMESF / CLT (vínculo com município)
- funcionário público (municipário)

**10. Possui outro vínculo de trabalho? •***Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não

11. Se SIM especifique (função, instituição, carga horária semanal, há quanto tempo atua, tipo de vínculo)

12. Como foi a indicação para o cargo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- indicado (a) pelo Secretário Municipal de Saúde/ Gerente Distrital
- indicado (a) pelos trabalhadores da unidade de saúde
- indicado (a) pelo apoiador institucional
- Conselho Local de Saúde e/ ou Conselho Distrital
- de outra maneira
- não sabe

13. Se você foi indicado para o cargo de coordenador (a) de outra maneira, especifique:

14. Já atuou como coordenador (a) em outra unidade de saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

15. Se sim, quanto tempo?

16. Você fez algum curso que o (a) preparou para o desempenho da função de coordenação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

17. Se sim especifique (qual curso, quando, instituição que promoveu)

1110412016

Perfilcoordenadores GD GCC

18. No cotidiano do trabalho de coordenador (a) você realiza? •

*Marque todas que se aplicam.*

- assistência  
 Coordenação  
 outra atividade

19. Quantas horas você dedica para a coordenação (semanal)?

20. Com quantas equipes trabalha? •

*Marcar apenas uma oval.*

- 2  
 3  
 4

21. As equipes com as quais trabalha estão completas (têm todos os profissionais na equipe)? •

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

22. Como coordenador (a) como você vê a saúde dos cidadãos do seu território, do Distrito GCC e de Porto Alegre? •

23. O que produz mais satisfação para você no trabalho? •

11JJ4f.IU16

Perfil coordenadores GO GCC

24. Você aceita participar de uma pesquisa o papel do coordenador da Estratégia de Saúde da Família num grupo focal? •

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

---

Powered by  
 GoogleForms





## APÊNDICE 8

### APÊNDICE B

#### UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL


FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO  
PROFISSIONAL

#### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS:

Eu, Jéssica Hilário de Lima, orientada pelo Professora, Carmen Lucia Bezerra Machado, abaixo assinadas, pesquisadoras envolvidas no projeto intitulado, "O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família", nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nas entrevistas e nas reuniões de grupo focal com os envolvidos na pesquisa, que se referem aos nomes, ou qualquer identificação dos usuários, profissionais ou gestores como preconizam os documentos Internacionais e a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúd.f3.

Informamos que os dados coletados dizem respeito ao processo de trabalho do coordenadores de unidades da estratégia de saúde da família no município de Porto Alegre, na Distrito Glória Cruzeiro.



Jéssica Hilário de Lima  
Pesquisadora – UFRGS

--- 9 ---

Carmen Lucia Bezerra Machado  
Orientadora da Pesquisa



## APÊNDICE C - Nº de teses, dissertações e artigos científicos nas bases de dados

autor ano		Documento	Base Bireme	Base CAPES	Base Lume
<b>busca: coordenação de estratégia de saúde da família + processos de trabalho</b>					
1	TURCI; MACINKO	COSTA; 2015	Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros	x	
2	FORTUNA et AL	2013	Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos	x	
3	OLIVEIRA; ENGISTRON	2013	Estratégias de coordenação do cuidado: uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro	x	
<b>busca: coordenação de estratégia de saúde da família</b>					
4	CARDOSO et al	2014	Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil	x	x
5	CARNEIRO et al	2014	Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários	x	
6	PAULA et al	2013	Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família	x	
7	ROCHA; MUNARI	2013	Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família	x	
8	PAGNUOLO et al	2012	O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional	x	



## APÊNDICE D

### *Roteiro grupo focal*

1. Fale um pouco sobre a sua trajetória profissional (Como você chegou a ser coordenador de ESF? Descreva como você considera que sua formação profissional e / ou experiência de trabalho influenciam e / ou influenciaram a sua indicação para o cargo e exercício de suas funções?)
2. Fale sobre o seu dia-a-dia, o seu cotidiano? Faça um breve relato da vivência enquanto gerente e a execução de suas atividades.
3. Como é o seu relacionamento com sua equipe de trabalho?
4. Como é o seu relacionamento com o apoiador?
5. Como é o seu relacionamento com a gerente distrital?
6. Fale sobre que as mudanças tecnológicas, organizacionais e de gestão do trabalho.
7. Para as unidades em processo de transição (parametrização) como tem se dado esse processo?
8. Como é trabalhar com profissionais de diferentes vínculos empregatícios?
9. Você se sente satisfeito com o salário e a gratificação de coordenação?
10. E o incentivo pelo PMAQ?
11. Principais dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.
12. Qual a importância que você atribui às atividades por você executadas para a organização do processo de trabalho do ESF e da gestão municipal?
13. Algum curso de capacitação / educação permanente aos coordenadores ocorrem com frequência?
14. Como é a integração ensino-serviço?
15. O que você considera como a missão do coordenador de ESF?

## APÊNDICE E – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo tem o propósito de Compreender o processo de trabalho do profissional Coordenador da Estratégia de Saúde da Família da região Glória / Cruzeiro / Cristal que atua na rede municipal de saúde de Porto Alegre. Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família”**. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Agradecemos pela atenção, compreensão e apoio!

---

O presente estudo tem o propósito de Compreender o processo de trabalho do profissional Coordenador da Estratégia de Saúde da Família da região Glória / Cruzeiro / Cristal que atua na rede municipal de Porto Alegre. As informações serão coletadas através de questionário contendo perguntas abertas e fechadas (on-line). Ainda será realizado grupo focal pela pesquisadora em horário e local definido e acordado com os participantes. O grupo focal terá gravação de imagens e áudio, posteriormente esse material será digitado para análise, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados. Os participantes serão orientados, quando do início dos trabalhos, a não mencionarem

nomes ou dados que possibilitem a quebra de confidencialidade e tão pouco compartilhar as informações discutidas fora do ambiente da coleta dos dados.

O benefício esperado com a pesquisa será o de contribuir com os processos de educação permanente dos coordenadores das Estratégias de Saúde da Família da região Distrital de Saúde Glória / Cruzeiro / Cristal no município de Porto Alegre. Os riscos da pesquisa são os inerentes ao convívio humano do distrito de saúde, como o desconforto durante os debates do grupo focal, a perda de confidencialidade, devido a expressão pública entre os participantes. No intuito de minimizar tais riscos a transcrição das falas omitirá o nome dos integrantes. Caso você tenha quaisquer dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação, pode conversar com a pesquisadora **Carmen Lucia Bezerra Machado** no telefone 0XX513308-4144 no horário comercial ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51)33083738 e / ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, localizado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, telefone 0XX(51)32895517, e-mail: cep\_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como colaborador, da pesquisa “**O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família**”. Declaro que foram explicadas as justificativas, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, assim como, os riscos e benefícios que poderão ser obtidos. Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo e que responderei a um questionário (*on-line*) contendo perguntas abertas e fechadas, e que participarei de um grupo focal em horário e local definido e acordado com a pesquisadora. Estou ciente de que as respostas que darei serão gravadas e digitadas para análise ( )SIM ( )NÃO, as reuniões do grupo focal serão registradas em imagens (fotos) ( )SIM ( )NÃO, e os pesquisadores envolvidos no projeto conhecerão esse material para discutir os resultados. (assinalar os X a concordância)

Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos

relacionados com a pesquisa. As transcrições ficarão sob guarda das pesquisadoras por período de 5 anos, após o que serão destruídos.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora **Carmen Lucia Bezerra Machado** ou com **Jéssica Hilário de Lima** sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas, e que não serei remunerado. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos desde que com finalidades acadêmico científicas.

---

Pesquisador

Participante

**APÊNDICE F**  
**NOMES DE FLORES E SEUS SIGNIFICADOS**

<b>FLOR</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
Erva doce	FORÇA
Dália amarela	UNIÃO RECÍPROCA
Petúnia	OBSTÁCULOS
Lírio	SORTE
Alfazema	CALMA
Girassol	DIGNIDADE
Íris	CONFIANÇA
Rosa Roxa	AMOR FRATERNAL
Acácia	ELEGÂNCIA
Violeta	LEALDADE
Mimosa	SEGURANÇA
Coroa Imperial	PODER
Crisântemo	VERDADE
Cacto	PERSEVERANÇA



**APÊNDICE G****PORTARIA XX/17**

Institui a carga horária de 20 horas/ semanais aos coordenadores das unidades de saúde da Atenção Básica do Município de Porto Alegre.

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições legais e,

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências;

a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

a Resolução da CIB nº 678/2014, de 14 de novembro de 2014, que Aprova a Política Estadual de Atenção Básica;

**RESOLVE:**

Art. 1º Fica instituído, no âmbito Municipal a carga horária de 20 horas semanais para atividades relacionadas à coordenação da Atenção Básica.

Art. 2º Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, em 07 de abril de 2017.

XXXXXXX, Secretário Municipal de Saúde.

## APÊNDICE H

### **Proposta de Educação Interprofissional para os Gestores da Atenção Básica**

**Objetivos:** Instrumentalizar profissionais de saúde para desenvolver estratégias de gestão de equipes em saúde;

Problematizar questões relacionadas à atenção à saúde no SUS utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem.

**Proposta de trabalho:** Serão realizados encontros com coordenadores da atenção primária a fim de discutir diversos temas relacionados à gestão e possibilitar o fortalecimento das ações produzidas no cotidiano, através da criação desse espaço coletivo para reflexão/ discussão. Pretende-se oportunizar de 2 - 3 horas de encontros a cada dois meses. Almeja-se com isso sensibilizar os gestores das equipes para o trabalho multi/interdisciplinar por meio de dinâmicas baseadas nos princípios da EIP. Serão tratados assuntos como Atenção primária em Saúde, apoio institucional, gestão de pessoas e mediação de conflitos, planejamento, monitoramento e avaliação dos indicadores, financiamento SUS, ética no trabalho, ferramentas tecnológicas, dinâmicas de integração, dentre outros assuntos.

**Metodologia:** Situações-problema, aprendizagem baseada em equipes, oficinas de trabalho, simulações e técnicas de feedback.

**Facilitadores de aprendizagem:** professores da UFRGS, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e acadêmicos dos cursos da saúde da UFRGS.

## **ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO**

### **PARECER CONSUBSTANCIADO**

Porto Alegre, 26 de abril de 2016.

Referência: Projeto de pesquisa 31060- “O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família”.

Autores: Carmen Lucia Bezerra Machado (coordenador), Jéssica Hilário de Lima (pesquisador)

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente a literatura: adequada

Justificativa do projeto: Compreender o processo de trabalho do profissional Coordenador da Estratégia de Saúde da Família da região Glória / Cruzeiro / Cristal do município de Porto Alegre (RS), com vistas a sugerir a implementação de ações de educação permanente para os Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família. O projeto é do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde Mestrado Profissional UFRGS com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão / exclusão, interrupção da pesquisa).

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Pretende-se utilizar como técnica um questionário on-line (Google *Forms*) para identificação dos sujeitos da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas. Após análise será realizado grupo focal. Participarão da pesquisa os 18 coordenadores das unidades de saúde da família do distrito Glória / Cruzeiro / Cristal A justificativa e metodologia estão adequados.

A bibliografia é atual. Cronograma compatível com a execução do projeto.

Fontes de Custeio: Os recursos materiais para a realização da pesquisa serão disponibilizados pelos próprios pesquisadores.

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). O projeto ainda não está cadastrado na Plataforma Brasil e não possui aprovação CEP- UFRGS. Os pesquisadores se comprometem a respeitar Resolução nº466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde Mestrado Profissional- UFRGS

Termo de consentimento livre e esclarecido: TCLE deve ser apreciado pelo CEP- UFRGS

Data prevista para o início da pesquisa: abril de 2016

Duração total da pesquisa / previsão de conclusão: abril de 2017

Local da pesquisa: Distrito Glória / Cruzeiro / Cristal no município de Porto Alegre / RS. Parecer final: APROVAR com indicação de cadastro na Plataforma Brasil e ainda apreciação do TCLE pelo CEP desta Universidade. Anexar consentimento institucional (Prefeitura).

Profa Dra.Solange Garcia Accetta Coordenadora da COMPESQ / FAMED

## ANEXO 8



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde Comitê de**  
**Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO**  
**ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Daniele Cerqueira Stein, matrícula 34951601, \_\_\_\_\_  
 Coordenador do/a ) Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e  
 Serviços ) Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)  
 ) Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências  
 ) Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)  
 ) Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)  
 ( ) Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa  
 (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro  
 ( ) Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)  
 ( X ) Outra área/secretaria: Gerente Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado \_O Profissional Coordenador e os Processos  
 de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família \_\_\_\_\_

tendo como Pesquisador Responsável \_Profª Drª Carmen Lucia Bezerra Machado e  
 Jéssica Hilário de Lima \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de  
 Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta  
 pesquisa.

Porto Alegre, 03 de Outubro de 2011.

Assinatura e carimbo

Danielle Cerqueira Stein  
 T.O. CREDITO 2694  
 Matr. 349516  
 Gerente Distrital  
 20 GCC-SMS-PMSPA

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de  
 ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área  
 tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação  
 ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre-CEP SMSPA  
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar- CEP 90.010-040  
 V 3289.5517181 cep-sms@sms\_prefpoa.com.br; cep  
 sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO- CEP SMSPA



## ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRO-  
REITORIA DE PESQUISA-




---

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

---

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família.

Pesquisador: Carmen Lucia Bezerra Machado

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 56298916.6.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 1.614.980

#### Apresentação do Projeto:

A proposta da implantação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) para organização da assistência em saúde faz com que o processo de trabalho da atenção básica se reestruture com a finalidade de substituir as práticas convencionais. Para que as organizações de saúde se tornem eficazes é necessário que se estabeleçam relações entre as pessoas, tecnologias, recursos e administração. Para tanto a função de coordenação é de suma importância nas instituições de saúde. Objetivos Compreender o processo de trabalho do profissional Coordenador da Estratégia de Saúde da Família da região Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre (RS), com vistas a sugerir a implementação de ações de educação permanente para os Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família. Metodologia Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Pretende-se utilizar como técnica um questionário on-line (Google Forms) para identificação dos sujeitos da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas. Após análise será realizado grupo focal. Participarão da pesquisa os 18 coordenadores das unidades de saúde da família do distrito Glória/ Cruzeiro/ Cristal. Serão convidados a participar desse estudo os 18 coordenadores das ESFs (independente do tempo de atuação) que compõem os distritos Glória/Cruzeiro/ Cristal (GCC). Todos os profissionais que

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@pmpesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRO-  
REITORIA DE PESQUISA-



Continuação do Parecer: 1.614.980

consentirem em participar da pesquisa assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão excluídos da pesquisa os profissionais coordenadores que estiverem afastados durante a coleta de dados devido as férias ou licença, a ESF Santa Tereza onde a pesquisadora atua como profissional e os que não manifestarem interesse em participar da pesquisa. Os

dados obtidos serão analisados seguindo-se alguns passos da análise de conteúdo propostos por Bardin (2004) segue: 1) ordenação dos dados. que engloba a transcrição na íntegra das entrevistas e do grupo focal, 2) leitura exaustiva e posterior organização das falas e dos dados obtidos nas observações, 3) a classificação dos dados. que dá origem a temática proposta, a partir dos descritores Coordenação ESF, ESF e Processo de Trabalho, e 4) finalmente as outras evidências emergentes dos dados coletados, de modo a interpretá-los e compreender o processo de trabalho.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender o processo de trabalho do profissional Coordenador da Estratégia de Saúde da Família da região Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre (RS).

**Objetivo Secundário:**

Identificar características e funções do trabalho gerencial desenvolvido na perspectiva do Coordenador da Unidade de Saúde da Família; Reconhecer os entraves e potencialidades da Coordenação das equipes de Saúde da Família, com vistas a implementar ações de educação em saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As pesquisadoras referem que os riscos da pesquisa são os inerentes ao convívio humano do distrito de saúde. e que o benefício esperado com a pesquisa será o de contribuir com os processos de educação permanente dos coordenadores das Estratégias de Saúde da Família da região Distrital de Saúde Glória/ Cruzeiro/ Cristal no município de Porto Alegre.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa para elaboração de TCC de Mestrado Profissional do PPG em Ensino na Saúde da UFRGS em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

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

Apresentam os termos obrigatórios de acordo com a resolução 466/12 do CNS. O TCLE foi reformulado, contendo explicações mais específicas sobre os riscos inerentes ao convívio humano (desconforto durante os debates do grupo focal. perda de confidencialidade, devido a expressão pública entre os participantes. No intuito de minimizar tais riscos a transcrição das falas omitirá o

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria-Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRO-  
REITORIA DE PESQUISA-



Continuação do Parecer: 1.614.980

nome dos integrantes).

Recomendações:

Nenhuma adicional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_705925.pdf	28106/2016 19:04:42		Aceito
TCLE /Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28106/2016 18:50:17	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
Folha de Rosto	folha_rostojessica_lima.pdf	20105/2016 12:52:07	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito
Outros	ParCons_PP_PCPTESF.pdf	05105/2016 22:30:00	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_e_utilizacao_de_dados.pdf	05105/2016 22:26:15	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopesquisaJessicalima.pdf	05105/2016 22:13:28	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30104/2016 19:58:41	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30104/2016 19:58:29	JESSICA HILARIO DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110- Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria- Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

## ANEXO D

## TABELA FUNÇÃO GRATIFICADA SMS

Nível	Valor
FG1	234,10
FG2	281,64
FG3	340,32
FG4	421,95
FG5	529,04
FG6	663,46
FG7	827,49
FG8	1.016,66
FGAT1	292,63
FGAT2	352,05
FGAT3	425,40
FGAT4	527,44
FGAT5	661,30
FGAT6	829,33
FGAT7	1.034,37
FGAT8	1.270,83

Fonte: Portal Transparência e Acesso à Informação PMPA. Disponível em: <<http://portaltransparencia.procempa.com.br/portalTransparencia/fpTb03FgPesquisa.do?viaMenu=true>> Acesso em: 13 mar. 2017.