



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

FERNANDA PICETTI DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMO NORTEADORA DAS PRÁTICAS DE
EDUCAÇÃO NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE - RS**

Porto Alegre - RS

2019

FERNANDA PICETTI DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMO NORTEADORA DAS PRÁTICAS DE
EDUCAÇÃO NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE - RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde –
Mestrado Profissional da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Fernanda Picetti dos

Avaliação de desempenho como norteadora das práticas de educação nas equipes de Atenção Primária no município de Porto Alegre-RS / Fernanda Picetti dos Santos. -- 2019.

83 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Avaliação de desempenho. 2. Recursos humanos. 3. Educação em saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as vezes que iluminou meus pensamentos na construção deste estudo e realização deste sonho.

Ao meu amor, meu esposo Alex, que acreditou em mim quando muitas vezes pensei em desistir, que me estimulou a continuar e nunca duvidou do meu potencial. O teu amor sempre me dá forças para continuar.

À minha maravilhosa mãe, exemplo de amor incondicional e perseverança. Meu amor por ti é tão grande que não consigo expressar em poucas palavras.

À minha filha Sofia, hoje ainda em meu ventre, que me faz ter vontade de ser uma pessoa melhor a cada dia. Filha, já és a pessoa mais importante da minha vida, antes mesmo de te conhecer.

À minha irmã Adriane e às minhas sobrinhas Ágatha e Alana, que sempre acreditaram em mim e na minha capacidade de concluir mais esse passo.

À minha incentivadora Marcelina Zacarias Ceolin, que foi a primeira pessoa que me incentivou e acreditou no meu potencial na realização deste sonho.

À gestão do IMESF, que sempre me proporcionou as ferramentas necessárias para que essa pesquisa pudesse ser elaborada.

Aos ex-colegas do IMESF, que me estimularam a aceitar esse desafio e me auxiliaram sempre que foi preciso.

Ao meu querido orientador Roger dos Santos Rosa, que sempre me auxiliou e me deu o Norte quando me sentia perdida nesse caminho, me auxiliando a concretizar essa etapa antes da chegada de minha filha.

Aos colegas de SUS, que lutam sempre para fazer a diferença mesmo em meio a tantas diversidades. Sigamos acreditando que o amor ao próximo e a dedicação são o caminho para a realização pessoal e profissional!

*“Compartilhar o torna mais do que você é.
Quanto mais você der para o mundo, mais a vida poderá retribuir.”*

Jim Rohn

RESUMO

A avaliação de desempenho pode se apresentar como importante instrumento para os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) no momento da formulação de estratégias que visem o desenvolvimento profissional dos trabalhadores. A presente dissertação tem como objetivo principal analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016. A partir da análise efetuada, propõe-se a identificar as necessidades educacionais que emergem dos trabalhadores e que demandam novas práticas. Com base nas necessidades educacionais elencadas, buscou-se construir proposta educacional para as unidades de saúde do município de Porto Alegre. Para tanto, utilizou-se uma abordagem quantitativa e descritiva, buscando a interpretação dos dados sem interferência do pesquisado. O estudo foi realizado a partir do resultado proveniente das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, totalizando 1.288 avaliações de diferentes categorias profissionais. Os dados foram disponibilizados sem a identificação individual dos participantes. Na análise, emergiram quatro necessidades educacionais principais que precisam de novas práticas: (i) identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; (ii) dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando assim a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde; (iii) baixa participação do trabalhador nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da unidade de saúde e pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na unidade de saúde e (iv) baixa frequência de realização de atividades de educação em saúde à população, conforme planejamento da equipe, tais como grupo, salas de espera e outros. Foi elaborada proposta educacional a fim de auxiliar no desenvolvimento de atividades com base nas necessidades apresentadas.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho. Educação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos humanos.

ABSTRACT

The performance evaluation is an important tool for National Health System (SUS) local managers at the moment of formulation of strategies for professional development of workers. This essay's main objective is to analyze the annual performance evaluation of workers of the Municipal Secretary of Health of Porto Alegre/RS Primary Health Care in 2016. From the analysis, the propose was to identify the educational needs that emerge from the workers and that demand new practices. Based on these educational needs, it was sought to construct an educational proposal for the health units of the city of Porto Alegre. Therefore, quantitative and descriptive approach was used, in search of data interpretation with no interference from the searcher. The study was conducted with the results coming from the performance evaluation of Primary Health Care workers of the city of Porto Alegre, performed in 2016, totalizing 1.288 evaluations of different professional categories. The data was provided without individual identification of the participants. In the analysis, four principal educational needs emerged, which demanded new practices: (i) identification of partners and resources in the community that may potentialize intersectoral actions; (ii) health workers difficulty in promoting the mobilization and participation of the community in the effectiveness of social control, reinforcing the importance of the formation and/or effectiveness of the Health Councils; (iii) low workers participation in health education actions for the health unit workers and little contribution in the learning/education processes developed in the health units; (iv) low frequency of execution of health education activities for the population, according to the team's planning, as groups, waiting room and others. An educational proposal was elaborated in order to assist the development of the activities based on the presented needs.

Keywords: Performance evaluation. Health education. Primary Health Care. Human resources.

Lista de tabelas

Tabela 1: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e sexo.....	35
Tabela 2: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e tempo de serviço na instituição	36
Tabela 3: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por sexo e tempo de serviço na instituição.	36
Tabela 4: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e escolaridade	38
Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores por escolaridade e sexo	39
Tabela 6: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e cargo de nível superior	39
Tabela 7: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e tempo de serviço na instituição	40
Tabela 8: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e sexo.....	40
Tabela 9: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e faixa etária	41
Tabela 10: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por raça/cor e sexo.....	42
Tabela 11: Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e raça/cor	42
Tabela 12: Resultados das avaliações de desempenho por item avaliado	47
Tabela 13: Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram resultados muito satisfatórios	49
Tabela 14: Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram mais resultados insatisfatórios	51
Tabela 15: Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram outros resultados.....	54

Lista de siglas e abreviaturas

APS	Atenção Primária em Saúde
C	Centro
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
eAB	Equipes de Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
GCC	Glória / Cruzeiro / Cristal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHNI	Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PLP	Partenon/Lomba do Pinheiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RES	Restinga/Extremo Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SCS	Sul/Centro Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA	14
3.1.1	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família	16
3.2	GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	17
3.2.1	A importância da gestão de pessoas no setor público	17
3.2.2	Desenvolvimento de trabalhadores do SUS	18
3.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	19
3.4	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	20
4.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
4.1	TIPO DE ESTUDO	24
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	24
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.4	COLETA DE DADOS	25
4.5	ANÁLISE DE DADOS	25
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	26
4.7	DISSEMINAÇÃO E DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS.....	27
5.	DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO	29
5.1	CONTEXTO.....	29
5.2	MESA REDONDA	37
6.	RELATÓRIO TÉCNICO PROPOSITIVO	42
6.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	42
6.1.1	Itens mais satisfatórios	44
6.1.2	Itens mais insatisfatórios	46
6.1.3	Outros resultados	49
6.2	NECESSIDADES EDUCACIONAIS QUE EMERGEM DOS TRABALHADORES E QUE CARECEM DE NOVAS PRÁTICAS	53
6.3	PROPOSTA EDUCACIONAL PARA AS UNIDADES DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.	58
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63

REFERÊNCIAS	65
ANEXO A – Formulário de avaliação de desempenho aplicada aos trabalhadores.	70
ANEXO B – Termo de cessão do banco de dados.....	72
ANEXO C – Termo de Ciência e Autorização da Coordenação assinado pela Coordenação de Atenção Básica	74
ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre / SMSPA.....	75
ANEXO E – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – Pró- Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	79

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado, gerando a necessidade de uma nova legislação compatível. Assim, temos os princípios do SUS nas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que preveem o acesso igualitário e universal às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos cidadãos, com uma nova estruturação da rede de saúde no Brasil (BRASIL, 1990a).

Diante da nova perspectiva de cuidado da população proporcionada pelo SUS, constatou-se que os trabalhadores da saúde não estavam preparados para essa lógica tendo em vista que, em sua maioria, são profissionais influenciados por diferentes sistemas e afetados por regulação estatal diversificada (PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA, 2004). Salienta-se que esses trabalhadores se viram diante de uma situação em que precisavam trabalhar em uma equipe interdisciplinar, sem que lhes fosse proporcionada uma formação ou um espaço a fim de que pudessem atender tal proposta (SCHERER, 2006). Nessa situação, tornou-se imprescindível formular e implantar políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento e da gestão dos trabalhadores em saúde no Brasil.

Assim, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a iniciativa intitulada: “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde” (BRASIL, 2003). Em 2004 foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 198/GM, a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (PNEPS). Para Ceccim (2005), a PNEPS é uma estratégia do SUS em busca da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

No campo da administração, Chiavenato (2009) afirma que o “capital intelectual” tem se tornado o bem maior das instituições. São as pessoas que auxiliam no alcance das metas e melhores resultados, junto com as diretrizes propostas pela gestão. Segundo o mesmo autor, cada indivíduo desenvolve competências capazes de ser integradas à instituição e, para isso, temos que investir em “capital humano” através de trocas, desde o primeiro contato com o trabalhador bem como durante toda a sua vida funcional. Na busca do desenvolvimento de competências dos trabalhadores, Dalmau e Benetti (2009) afirmam que a avaliação de desempenho é uma grande aliada nesse processo, pois é uma ação que permite a análise sistemática de cada pessoa nas atividades que realiza, mensurando assim suas potencialidades e fragilidades. Além disso, Cabrito (2009) menciona que tudo pode e deve ser avaliado

no sentido de melhora da qualidade, permitindo que seja fornecido ao trabalhador um *feed-back* relativo à sua contribuição para o desenvolvimento da organização.

A Atenção Primária tem mostrado um grande crescimento nos últimos anos, exigindo o aumento significativo do número de trabalhadores. Ao se considerar esse acréscimo, nota-se a necessidade de prover o trabalhador nesse campo de conhecimentos necessários que proporcionem seu crescimento profissional e assim ofereçam ao usuário um atendimento qualificado e humanizado. Além disso, espera-se que a Atenção Primária seja resolutiva, isto é, que resolva pelo menos 80% dos problemas de saúde da população do seu território, e também seja ordenadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Para tanto, novos investimentos devem ser feitos a fim de promover a melhoria dos processos de gestão e de atenção à saúde da população.

No intuito de contribuir para o desenvolvimento profissional do trabalhador, a avaliação de desempenho pode ser utilizada como instrumento norteador de organização dos processos de educação permanente. A avaliação de desempenho permite a análise das necessidades educacionais a partir do cotidiano de cada ator envolvido.

Na cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, a Atenção Primária compreende uma rede de 142 unidades de saúde. Desde 2012, foi implantado um sistema de avaliação de desempenho com quesitos importantes para o processo de trabalho das unidades de saúde do município. Infelizmente, apesar da coleta anual de dados, não houve oportunidade para a administração municipal analisar diversos aspectos, entre os quais as necessidades educacionais expressas pelos trabalhadores.

Nesse cenário, o estudo torna-se importante uma vez que poderá subsidiar ações da gestão municipal da saúde para a melhoria de práticas de educação das equipes de atenção primária. Essas ações terão como base as demandas para melhor desenvolvimento profissional, identificadas pelos próprios trabalhadores. Cabe ressaltar que a Atenção Primária de Porto Alegre já possui ações de educação, as quais podem ser qualificadas a partir desse estudo.

Perante o exposto, busca-se qualificar as práticas de educação das equipes de Atenção Primária do município de Porto Alegre a partir dos resultados das avaliações anuais de desempenho. O problema de pesquisa examina o que revelam os resultados dessas avaliações que possa contribuir para qualificar as práticas de educação das equipes de Atenção Primária do município de Porto Alegre.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as necessidades educacionais que emergem dos trabalhadores e que carecem de novas práticas;
- Construir uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde, segundo Starfield (2002, p. 28), pode ser conceituada como:

(...) aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

A Atenção Primária à Saúde considera o indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural, buscando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer as possibilidades de uma vida saudável (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado do envolvimento de vários atores e de suas experiências acumuladas com o desenvolvimento e a consolidação do SUS. A PNAB foi aprovada no ano de 2006 e revisada em 2011 e 2017, através respectivamente das Portarias nº 2.488 e nº 2.436, que estabeleceram novas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (compreendida como sinônimo de Atenção Primária à Saúde), para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2017).

Além de trazer novos princípios e diretrizes, a PNAB traz um novo conceito para a Atenção Primária, que passa a ser entendida como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, Art. 2º)

Dentre as novas orientações advindas da PNAB, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser prioridade para a organização, expansão e consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS). Segundo Nascimento e Costa (2009), tal orientação reforça a importância da ESF como um modelo de reorganização do SUS e do fortalecimento da APS através, dentre outros aspectos, da ampliação do acesso, melhoria dos indicadores de saúde e reorientação das práticas de saúde no SUS.

Conforme Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), as equipes de Saúde da Família (eSF) registram em sua trajetória transformações positivas e significativas na reorganização da APS, pois buscam o vínculo com a comunidade onde estão inseridas e centram suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

Em 2011, a PNAB trouxe conceitos atualizados, mais flexíveis e mais atentos às diferentes realidades regionais, além de demarcar a importância do acolhimento e atenção à demanda espontânea no nível da APS. Segundo Melo (2013), a PNAB trouxe como consequência a contemplação das diferentes populações e realidades, além do reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes através dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da inclusão de equipes de atenção primária (eAB) para a população de rua (consultórios na rua).

Na sua atualização em 2017, a PNAB buscou fortalecer-se e aperfeiçoar-se, tornando-se mais resolutiva. Ademais, colocou como obrigatoriedade a informatização de todas as unidades de saúde para melhoria das informações coletadas e utilização de prontuário eletrônico e garante diferentes composições de profissionais, carga horária e redistribuição de habitantes por equipe. (BRASIL, 2017).

As ações de APS em Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, abrangem uma gama de serviços que objetivam a promoção, prevenção, proteção, assistência e a reabilitação da saúde, e, como preconiza a PNAB, priorizam a ESF como norteadora do modelo de atenção primária. A missão da APS em Porto Alegre é garantir o acesso, coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção à saúde, mantendo unidades de saúde estruturadas, equipes adequadas e com base territorial definida. Tem como visão garantir a modalidade de atenção à saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade e priorizar a ESF como tática de organização da APS (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2017).

A APS em Porto Alegre apresenta como princípios: a adstrição do território a partir das suas necessidades, potencialidades e vulnerabilidades; solidariedade e vínculo entre as equipes e a população; respeito à cultura local; resolubilidade dos serviços a partir da identificação dos riscos, das necessidades e demandas de saúde; integralidade do cuidado; comprometimento ético; promoção do apoio institucional e matricial; equidade e humanização; participação social e desenvolvimento profissional (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2017).

Em Porto Alegre, a APS desenvolve práticas de saúde direcionadas a toda a população. Conforme dados do IBGE, a cidade apresentava 1.479.101 habitantes em

2018. Essa população se encontra dividida em 18 distritos sanitários e 8 Gerências Distritais, com suas peculiaridades e vulnerabilidades, listadas a seguir: Norte/Eixo-Baltazar (NEB), Centro (C), Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/Centro-Sul (SCS), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) e Restinga/Extremo Sul (RES). Cada Gerência Distrital é responsável pela gestão local de determinado número de unidades de saúde e centros de saúde, distribuídos conforme as regiões.

3.1.1 Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

O Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) é uma fundação pública de direito privado com personalidade jurídica própria, criado pelo poder executivo do município de Porto Alegre por meio da Lei Municipal nº 11.062, de 6 de abril de 2011. Trata-se de uma fundação sem fins lucrativos, com atuação exclusiva no SUS, operando, especificamente, a rede integrada e articulada da Atenção Primária em Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O estatuto do IMESF foi aprovado através do Decreto nº 17.131, de 1º de julho de 2011. Conforme disposto no estatuto, o IMESF é uma entidade de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira. Ademais, tem como uma de suas finalidades o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa na busca da qualidade assistencial oferecida à população.

Em sua estrutura organizacional, o IMESF conta com os seguintes órgãos: Diretoria Executiva, Conselho Curador e Conselho Fiscal. As atividades do IMESF se iniciaram em novembro de 2011, com a nomeação da Direção Executiva. Assim que sua estrutura organizacional se encontrava apta para o desenvolvimento de suas atividades, sua primeira ação foi a realização da contratação de agentes comunitários de saúde, conforme possibilitado pela Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. No decorrer de 2012, foi realizado o primeiro processo seletivo público da instituição, com as primeiras nomeações ocorrendo em julho do mesmo ano. A criação do IMESF possibilitou ao município de Porto Alegre a ampliação da abrangência da Estratégia de Saúde da Família, garantindo maior acesso e qualidade de atendimento à população.

Em 2017, o IMESF contava com mais de 1.700 empregados públicos concursados, distribuídos nas 8 gerências distritais do município, além de mais de 100 médicos do Programa Mais Médicos, vinculados ao instituto e atuando em Porto Alegre.

3.2 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

3.2.1 A importância da gestão de pessoas no setor público

A sociedade vem exigindo do serviço público cada vez mais a qualidade dos serviços prestados. Os usuários dos serviços têm aumentado o nível de exigência e por esse motivo “a qualidade e a adequação dos serviços às necessidades dos usuários são hoje aspectos críticos para o bom desempenho de qualquer órgão ou entidade da administração pública” (SHICKMANN, 2010, p. 12).

A importância da gestão de pessoas no setor público é demonstrada, por exemplo, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995), desenvolvido pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE, 2002, p. 45), que apresentava uma nova política de recursos humanos, como se pode demonstrar no trecho:

A adequação dos recursos humanos constitui-se, desta forma, em tarefa prioritária neste contexto de mudança, exigindo uma política que oriente desde a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho através de incentivos, e a instituição de carreiras compatíveis com as necessidades do aparelho do Estado modernizado.

Além do disposto neste plano, observa-se também a importância do Decreto nº 5.707/2006, que institui políticas e diretrizes para o desenvolvimento de pessoal na administração pública federal. Por esse instrumento, estabeleceu-se o compromisso da gestão pública em tornar acessível a educação continuada e o desenvolvimento das competências dos trabalhadores.

O decreto traz à tona uma nova política de capacitação e de desenvolvimento de pessoas. Considera a gestão de pessoas peça fundamental para o êxito do serviço público e visa mudar a gestão pública, inovando e aprimorando as capacidades de cada um e mobilizando os talentos em prol do bem comum (AMARAL, 2006).

A gestão de pessoas no setor público possui diversas peculiaridades em relação às organizações do setor privado. No setor público, as pessoas são

contratadas para que possam contribuir no aumento dos índices de eficiência e eficácia, que neste caso não se referem a lucros financeiros, mas sim a melhoria da prestação dos serviços à comunidade. Olivier (2001, p. 2) diz que “o que se percebe é uma grande dificuldade em se adotar técnicas de gestão, o que resulta numa defasagem do setor público em relação à evolução do mercado e às mudanças de paradigmas de recursos humanos”.

Para autores como Vergara (2014), o desafio dos gestores no setor público é fazer os trabalhadores conscientizarem-se do seu papel na prestação de serviços à população, pois, só a partir desse entendimento as pessoas passam a se sentir responsáveis pelos resultados e incorporam o processo, tornando-se assim motivadas e atuando em busca do bem comum.

3.2.2 Desenvolvimento de trabalhadores do SUS

No relatório de 2006 da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007), é ressaltada a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde. A percepção dos gestores, trabalhadores e representantes do governo de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários vem contribuindo amplamente para a difusão desta área nos sistemas de saúde (SEIXAS, 2002).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), todas as esferas de governo têm responsabilidade comum na promoção de ações para desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Para Fonseca e Seixas (2002), as políticas de gestão de pessoas são prioritárias para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente. As dimensões dos ideais do SUS têm grande influência sobre a formulação de políticas de recursos humanos para a saúde, levando em conta questões conceituais, as diretrizes e a organização do sistema.

A configuração de assistência descentralizada trazida pela Lei nº 8.080 de 1990 traz como uma das responsabilidades dos gestores municipais a prestação de atendimento de qualidade, por meio de um modelo de saúde com foco principal na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Além disso, é preciso que se tenha um olhar diferenciado no tocante aos trabalhadores da área da saúde, tendo em vista a interface estabelecida pela exigência de cuidados especiais dispensados às

peças em sofrimento, dores e até mesmo relacionada à morte dos usuários, o que cria uma dinâmica diferenciada de trabalho (MONTEIRO, 2009).

Aliado à ideia de desenvolvimento dos trabalhadores, destaca-se o conceito sobre qualidade de vida no trabalho trazido por Albuquerque e Limongi-França (1998, p.41):

[...] um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho.

Esse conceito se faz importante pois revela que as ações realizadas pelo gestor impactam diretamente no desenvolvimento e conseqüentemente na qualidade de vida do trabalhador no seu dia a dia.

Correa (2013) afirma que é preciso colocar em prática ações que valorizem e contemplem os trabalhadores do SUS. Isso se dará através do reconhecimento dos gestores de que é necessário um novo olhar sobre esta questão, de forma a não os tratar apenas como recursos humanos produtivos, mas sim com mais sensibilidade para perceber a complexidade das atividades realizadas cotidianamente.

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação vem ao longo dos anos se tornando uma área fundamental de atuação na saúde. Conforme Duncan (1996), as atividades de educação e promoção, assim como a reestruturação dos conceitos em saúde, podem ser vistas como um mecanismo de interação entre os saberes popular e científico, objetivando a socialização do saber científico e o reconhecimento social do saber popular.

Segundo Alves (2005), o objetivo principal da educação na saúde é de transformar os saberes que o indivíduo já possui em busca do desenvolvimento da autonomia de cada um e da responsabilidade no cuidado com a própria saúde. Alves (2005) ainda complementa quando diz que se trata de um recurso através do qual o conhecimento produzido cientificamente atinge a vida cotidiana das pessoas, sendo esse movimento intermediado pelos trabalhadores da saúde.

Portanto, pode-se concluir que a educação na saúde é concebida como um processo onde há atores ativos e falantes, os quais trazem para um campo de disputa de saberes sua visão do mundo, os significados que dão aos objetos, se posicionando e fazendo escolhas (SCHWINGEL; CAVEDON, 2004). Machado et al. (2007) acrescentam que a educação em saúde está ancorada no conceito de promoção à

saúde, haja vista tratar-se de processos que abrangem a participação de toda a população em sua vida cotidiana. Essa informação é corroborada por Candeias (1997) para quem a educação em saúde vem a ser qualquer combinação de experiência de aprendizagem com o objetivo de facilitar ações direcionadas à saúde e, portanto, faz parte da vivência de todos os trabalhadores da atenção primária.

Tendo em vista a nova realidade apresentada pela implantação do SUS aos trabalhadores, gestores e usuários, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004. A educação permanente consiste em um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, utilizando as experiências de trabalho para ampliar a aprendizagem dos atores envolvidos. Ceccim e Ferla (2012) enfatizam que a educação permanente em saúde (EPS) precisa ser compreendida como “prática de ensino-aprendizagem” e como “política de educação na saúde” ao mesmo tempo, apoiando-se no conceito de “ensino problematizador” e de “aprendizagem significativa”. Nesse contexto, Ceccim e Feuerwerker (2004) relatam a importância do quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, o qual volta os olhares para a importância da gestão da educação na saúde integrada à gestão do sistema de saúde como um todo, valorizando a participação do controle social.

Pode-se dizer que a EPS vem a ser a proposta de transformar os serviços, contando com o envolvimento de todos os trabalhadores envolvidos, de forma que esses ofereçam subsídios para a resolução de problemas e assim busquem estabelecer estratégias em prol da promoção da saúde (MASSAROLI e SAUPE, 2005).

Portanto, a EPS é vista como essencial no processo de trabalho nos serviços de saúde, sendo condição “para o desenvolvimento de uma inteligência de escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.” (CECCIM, 2004).

3.4 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

De acordo com Chiavenato (1998), os primeiros registros de avaliação de desempenho surgiram nos Estados Unidos:

Em 1842, o serviço Público Federal dos Estados Unidos implantou um sistema de relatórios anuais para avaliar o desempenho dos funcionários. Em 1880, o exército americano também desenvolveu o seu sistema. E em 1918, a General Motors já tinha um sistema de Avaliação de Desempenho para seus executivos. Mas, somente após a segunda guerra mundial é que o

sistema de Avaliação de Desempenho teve ampla divulgação entre as empresas (CHIAVENATO, 1998, p. 101).

Segundo Dessler (2003), contemporaneamente a avaliação de desempenho pode ser conceituada como uma ferramenta de utilização periódica, através da qual se averigua a relação entre o desempenho esperado e o desempenho alcançado de cada trabalhador. Chiavenato (2004) complementa que a avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho das pessoas no seu cargo e o seu potencial de desenvolvimento futuro.

Pontes (1999) traz ainda o seguinte conceito:

[...] a avaliação de desempenho é um processo por intermédio do qual uma ou mais pessoas apreciam o desempenho de outras, utilizando a observação de amostras representativas do desempenho e produtos num período de tempo ou após a elaboração de determinado trabalho; critérios de avaliação; instrumentos e escalas de avaliação e entrevistas de avaliação. Este processo destina-se a estabelecer, de forma permanente, um contrato entre a organização e os integrantes referente ao que se espera que estes produzam; acompanhar o desempenho do avaliado, corrigindo rumos quando for necessário e avaliar os resultados conseguidos. Sem a sua existência o planejamento e as estratégias organizacionais não produzirão nenhum resultado (PONTES, 1999, p. 24).

No entender de Kielwagen (2007), a avaliação de desempenho consiste em uma das maneiras de averiguar periodicamente o desempenho das pessoas nas organizações, com base nas funções de cada um, nos resultados esperados e no que cada indivíduo pode vir a acrescentar ao seu trabalho através de seu desenvolvimento contínuo.

Diante do exposto acima, pode-se verificar que o ato de avaliar o desempenho visa principalmente tornar mais eficaz e qualificado o serviço prestado, destacando-se assim alguns objetivos da avaliação de desempenho citados por Lucena (1992, p. 77):

Definir e mensurar o grau de contribuição de cada empregado na consecução dos objetivos da empresa; subsidiar as ações de treinamento e desenvolvimento tendo em vista a capacitação profissional dos empregados; facilitar o planejamento de ações para corrigir desempenho (readaptação, remanejamentos, transferências, aspectos comportamentais, etc.); subsidiar os processos de promoção, progressão social e carreira profissional, que utilizarão os resultados da Avaliação de Desempenho de acordo com normas estabelecidas para este fim; e possibilitar ao empregado a identificação e busca dos meios necessários ao autodesenvolvimento, através da sua participação e conhecimento dos resultados da avaliação.

Como pode ser observado acima, a avaliação de desempenho tem alcance amplo, visto que impacta diretamente na produtividade e na vida profissional de seus trabalhadores, fornecendo importantes elementos para o desenvolvimento de pessoas. Bergamini e Beraldo (2007) destacam que as avaliações de desempenho

são uma forma eficaz de estimar o aproveitamento do potencial individual das pessoas no trabalho e conseqüentemente o potencial humano de cada organização. (2004) corrobora essas informações e acrescenta que as avaliações de desempenho constituem uma maneira poderosa de resolver problemas de desempenho e assim melhorar a qualidade do trabalho e a qualidade de vida dentro das organizações, além de estimular o desenvolvimento organizacional.

Por isso, a avaliação de desempenho não deve ser utilizada apenas como um mero objeto de medição, mas sim da forma que Chiavenato (2009, p. 259) traz ao afirmar que:

[...] a avaliação do desempenho é um conceito dinâmico, pois os empregados são sempre avaliados, seja formal ou informalmente, com certa continuidade nas organizações. Além do mais, a avaliação de desempenho constitui uma técnica de direção imprescindível na atividade administrativa. É um meio através do qual se podem localizar problemas de supervisão de pessoal, de integração do empregado à organização ou ao cargo que ocupa, de dissonâncias, de desaproveitamento de empregados com potencial mais elevado do que aquele que é exigido pelo cargo, de motivação, etc.

A avaliação de desempenho tornou-se uma ferramenta estratégica pois, conforme Pinheiro (2011), é a responsável por medir quanto do resultado organizacional pode ser atribuído a cada um de seus integrantes, subsidiando decisões ligadas ao desenvolvimento e treinamento, desligamento ou contratação e valorizando aqueles que colaboram constantemente para o alcance dos objetivos organizacionais. Por conseguinte, a avaliação de desempenho fornecerá os elementos para que, a partir das atitudes, habilidades e conhecimentos de cada trabalhador, a organização oriente-se na elaboração dos seus objetivos e estratégias para alcançá-los.

Ademais, a avaliação de desempenho vem a ser importante também para o trabalhador que poderá ter o seu *feedback*, ou seja, “a avaliação de desempenho é o momento esperado pelo funcionário para que alguém fale de seu desempenho” (RIBEIRO, 2005, p. 297). A valorização do funcionário se dará através do *feedback*, o qual tem para Pontes (2008, p. 187) a seguinte definição:

Feedback é a comunicação para fornecer informações sobre como é percebida a atuação de quem está ouvindo e se a forma dessa atuação pode estar afetando o trabalho de outras pessoas. É um processo de ajuda para mudança de comportamentos inadequados, manutenção de comportamentos desejáveis e orientação para novos comportamentos. O feedback deve fornecer a informação de forma clara sobre o desempenho do indivíduo ou de uma equipe no trabalho.

Portanto, pode-se afirmar que as avaliações de desempenho devem ser consideradas como meio de apoiar o desenvolvimento dos trabalhadores, buscando

que eles sejam estimulados a se desenvolverem e assim crescerem junto com a instituição e não se utilizar dos resultados apenas como uma forma de medição. Yokomizo (2009) explica que a avaliação de desempenho consiste também em estabelecer modelos de avaliação, os quais buscarão induzir à definição de planos de ação associados aos principais processos organizacionais.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa apresentou uma abordagem quantitativa com caráter descritivo, a qual tem como finalidade conhecer as necessidades educacionais no cotidiano das equipes de saúde da família, a partir das avaliações de desempenho realizadas com os trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre. Segundo Mattar (2001) a pesquisa quantitativa busca quantificar os dados e generalizar os resultados da amostra, proporcionando uma melhor visão e compreensão do contexto do problema. A pesquisa de caráter descritivo é utilizada para retratar as características de alguma situação, sem o compromisso de explicar os fenômenos que a descrevem. (VERGARA, 2000). De acordo com Barros e Lehfeld (2007), na pesquisa descritiva realizar-se-á a interpretação dos fatos, sem qualquer interferência do pesquisado, a fim de analisar os conteúdos apresentados.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, o qual ocupa a 7ª posição entre as capitais federais no Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2015). O cenário de estudo foram as equipes de Atenção Primária do município de Porto Alegre, que em 2016 correspondiam a 142 unidades de saúde com 228 equipes de saúde da família, cujos trabalhadores estavam vinculados ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado a partir do resultado proveniente das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, estimando-se, originalmente, um total de 1.400 avaliações de diferentes categorias. Os dados foram disponibilizados sem que fosse possível a identificação individual dos indivíduos.

4.4 COLETA DE DADOS

Neste estudo foram utilizados dados secundários oriundos das avaliações de desempenho dos trabalhadores da Atenção Primária de Porto Alegre, as quais foram realizadas por suas respectivas coordenações. Compreendeu-se a avaliação como um marcador dos processos de trabalho da Atenção Primária do município de Porto Alegre, que prioriza as práticas dos trabalhadores, os aspectos funcionais e as relações estabelecidas no trabalho em equipe.

Os formulários das avaliações de desempenho (ANEXO A) foram encaminhados às coordenações das equipes através de questionário de avaliação em plataforma de acesso *on-line*. Segundo Marconi e Lakatos (1999) o questionário é o instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, as quais são respondidas por escrito.

O banco de dados proveniente do resultado das avaliações foi disponibilizado pela Vice-Presidência ⁽¹⁾ do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (ANEXO B), já sem elementos que permitissem a identificação individual dos respondentes.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilhas no software *Microsoft Excel®*, por categorias seguindo a mesma lógica do formulário da avaliação de desempenho (Anexo A). As categorias foram organizadas da seguinte forma: assiduidade e pontualidade; disciplina; iniciativa; trabalho em equipe; relações interpessoais; comportamento ético; EPI (equipamento de proteção individual), uniforme e crachá; atribuições comuns a todos os profissionais.

A análise dos dados foi efetuada utilizando estatística descritiva com frequências absoluta e relativa. Segundo Guimarães (2008), a estatística descritiva consiste em apenas descrever e avaliar certo grupo, sem tirar quaisquer conclusões ou inferências sobre um grupo maior. A análise dos dados foi apresentada também através de gráficos, tabelas, narrativa e matrizes, de modo a evidenciar da melhor forma possível os resultados encontrados. O exame desses dados até então nunca

¹Formalmente, na estrutura do IMESF, a Presidência é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde (Lei Municipal 11.062/2011, art. 31).

havia sido realizado e também era de interesse do gestor municipal da Atenção Primária do município de Porto Alegre.

As atividades foram realizadas pela aluna de Mestrado, pesquisadora sob orientação do professor pesquisador-coordenador do projeto de pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Registro nº 34.331) e aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 84269818.8.3001.5338), tendo sido aprovado em todas as três instâncias. Conforme as normas éticas que regem as pesquisas em seres humanos, os pesquisadores atenderam as exigências das Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram disponibilizados pela instituição no formato de um banco de dados sem a identificação nominal dos indivíduos. O resultado da pesquisa foi divulgado posteriormente aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, além daqueles envolvidos nos processos de educação na saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, sob a forma de relatório técnico com regras de sigilo.

O relatório técnico com regras de sigilo é uma das possibilidades de “produto” do Mestrado Profissional. Este tipo de relatório está previsto conforme Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação de Ensino na Saúde/UFRGS, aprovado pela Câmara de Pós-Graduação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE da UFRGS (Parecer 856/2016):

Art. 34 - Para a obtenção do título de mestre em ensino na saúde, exige-se a apresentação de trabalho de conclusão de curso, que **poderá ser na forma de** dissertação, revisão sistemática da literatura, artigo, estudo de caso, relatório final de pesquisa, patente, registro de propriedade intelectual, projeto técnico, publicação tecnológica, desenvolvimento de aplicativo ou software, material didático, material instrucional de produtos, processos e técnicas, produção de programa de mídia, editoria, **relatório técnico com regras de sigilo**, manual de operação técnica, protocolo experimental ou de aplicação em serviços, proposta de intervenção em procedimentos clínicos ou de serviço pertinente, projeto de aplicação ou adequação tecnológica, protótipo para desenvolvimento ou produção de

instrumentos, equipamentos e kits, projeto de inovação tecnológica, produção artística. **(grifos nossos)**

Todas as precauções no que concerne ao anonimato, confidencialidade e sigilo dos participantes foram tomadas ainda que a identificação nominal dos respondentes, em princípio, não tenha sido possível dadas as características do banco de dados que foi disponibilizado. Os dados tiveram seu acesso exclusivamente pelos pesquisadores e foram armazenados em local próprio e com segurança digital.

Havia riscos potenciais relativos à eventual possibilidade de identificação dos participantes por potencial caracterização de um indivíduo caso suas respostas fossem singulares. Não foram realizadas intervenções ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que responderam a avaliação de rotina do IMESF, integrante das avaliações funcionais da instituição.

Entre os benefícios, pode-se destacar a disseminação de conhecimentos sobre o desempenho geral da força de trabalho do Sistema Único de Saúde na atenção básica de uma cidade metropolitana, algo que a gestão local do SUS ainda não teve oportunidade de realizar. Não foram localizados estudos semelhantes na revisão de literatura inicial.

Espera-se que a presente investigação contribua para o campo de conhecimento da gestão de recursos humanos no setor público, em especial das instituições de saúde. A utilização de um instrumento de avaliação rotineiro, a avaliação de desempenho, para identificar lacunas e propor aperfeiçoamentos nos processos educativos não foi realizada anteriormente e poderá vir a se constituir em atividade usual da gestão do Sistema Único de Saúde.

Cabe ressaltar que os pesquisadores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

4.7 DISSEMINAÇÃO E DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista o objetivo dessa pesquisa de diagnosticar as necessidades educacionais que se apresentam no cotidiano dos trabalhadores, os resultados obtidos serão apresentados à direção do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família e à Coordenação da Atenção Primária em Saúde do município de Porto Alegre. Para isso, um documento específico foi elaborado e encaminhado aos gestores, o qual está constituído por um relatório da análise realizada sobre os resultados provenientes das avaliações de desempenho.

Além do relatório acima mencionado, será encaminhada aos gestores uma proposta educacional, elaborada de forma que possa servir como ferramenta auxiliar na elaboração do planejamento das atividades de educação permanente e educação continuada da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Visa-se, assim, o aprimoramento das atividades realizadas pelos trabalhadores das unidades de saúde.

5. DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO

A seguir, será apresentado o processo de desenvolvimento do produto elaborado no Mestrado Profissional. Primeiramente, será apresentado o contexto da realização das avaliações, com a caracterização da população participante. Posteriormente, será efetuado o relato acerca da realização de evento em que foram discutidos os resultados e também sobre a participação em oficina organizada pela instituição na qual as avaliações foram realizadas.

Por último, será apresentado um relatório técnico propositivo, que destaca os resultados das avaliações propriamente ditas evidenciados através de tabelas descritivas, as necessidades educacionais provenientes desses resultados e uma proposta educacional condizente com as necessidades apresentadas.

5.1 CONTEXTO

Neste item, apresentam-se as características da população que participou da Avaliação de Desempenho em 2016. Importante salientar que foi disponibilizado banco de dados com 1.510 avaliações, porém, após limpeza dos dados e eliminação de duplicidades, a análise foi efetuada com 1.288 avaliações que se apresentaram adequadas para utilização.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes das avaliações por faixa etária segundo sexo. A pesquisa contou com uma amostra de 1.288 participantes que representaram 71% do universo possível de trabalhadores do IMESF. Dos participantes, 85,4% foram do sexo feminino e apenas 14,6% de participantes do sexo masculino. Este cenário é condizente com a maioria dos serviços em saúde nos quais a maior concentração da força de trabalho é feminina (WERMELINGER et al., 2010).

Ademais, cabe destacar que a maior frequência por faixa etária para ambos os sexos se encontra entre 31 e 45 anos, na qual temos 54,1% das mulheres e 55,9% dos homens participantes. A faixa etária que conta com mais participantes é a de 36 a 40 anos, totalizando 261 participantes (20,3% do total). Os homens reduzem mais ainda sua participação na força de trabalho do IMESF a contar dos 61 anos, quando passam a representar apenas 3,7% dos participantes. As mulheres estão mais presentes do que os homens a contar dessa idade, com 5,4% das participantes.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e sexo, IMESF, Porto Alegre - RS, 2016.

Faixa etária (anos)	Feminino (n e %)		Masculino (n e %)		Total (n e %)	
20 a 25	18	1,4%	3	0,2%	21	1,6%
26 a 30	81	6,3%	17	1,3%	98	7,6%
31 a 35	197	15,3%	35	2,7%	232	18,0%
36 a 40	223	17,3%	38	2,9%	261	20,3%
41 a 45	176	13,6%	32	2,5%	208	16,1%
46 a 50	119	9,2%	21	1,6%	140	10,9%
51 a 55	123	9,5%	16	1,2%	139	10,8%
56 a 60	104	8,1%	19	1,5%	123	9,5%
61 a 65	48	3,7%	2	0,2%	50	3,9%
66 a 70	10	0,8%	3	0,2%	13	1,0%
71 a 77	1	0,1%	2	0,2%	3	0,2%
Total	1.100	85,3%	188	14,6%	1.288	100%

A tabela 2 busca mostra a distribuição por faixa etária dos participantes e tempo de serviço na instituição. Considerando-se que o IMESF teve seus primeiros trabalhadores admitidos em 2012, cabe salientar que nenhum dos trabalhadores da instituição contava com mais de 5 anos de empresa no momento da realização das avaliações. Em consequência, pode-se notar que 36,6% dos participantes está vinculada à instituição há mais de 4 anos. Acredita-se que esse indicador se deva principalmente ao fato de o IMESF ser uma empresa pública. Mesmo regido pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o IMESF assume características do setor público no que se refere às rescisões nas quais não são permitidos desligamentos de forma arbitrária. Isso faz com que as rescisões só possam ser realizadas de duas formas: ou a pedido do empregado, ou resultante de processo administrativo que enseja justa causa. Sendo assim, os participantes possuem certa “estabilidade”.

Após o grupo de trabalhadores com mais de 4 anos de vínculo com a instituição, tem-se o grupo dos que têm entre 3 e 4 anos representando 27,4% do total, percentual também expressivo. Desta forma, os trabalhadores com mais de 3 anos de instituição equivalem a 64% do total, ou seja, são trabalhadores que já estão vinculados há um tempo razoável à instituição.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e tempo de serviço na instituição, IMESF, Porto Alegre - RS, 2016.

Faixa etária (anos)	Tempo de serviço					Total
	0 a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 Anos	3 a 4 anos	4 a 5 Anos	
20 a 25	6	5	3	4	3	21
26 a 30	14	14	20	36	14	98
31 a 35	30	31	51	82	38	232
36 a 40	26	32	49	75	79	261
41 a 45	11	25	31	56	85	208
46 a 50	9	9	22	43	57	140
51 a 55	10	6	21	31	71	139
56 a 60	6	8	14	18	77	123
61 a 65	-	2	6	8	34	50
66 a 70	1	-	1	-	11	13
71 a 77	-	-	-	-	3	3
Total	113	132	218	353	472	1.288

A tabela 3 busca apresentar o tempo do trabalhador na instituição segundo a distribuição por sexo. Conforme se pode verificar, no que se refere às mulheres, 36,3% das participantes conta com mais de 4 anos de instituição. No que se refere aos homens, o percentual é ainda maior, pois tem-se 38,3% vinculados à instituição há mais de 4 anos. Já entre os trabalhadores que têm de 3 a 4 anos de serviço na instituição, o percentual para homens (27,1%) e para mulheres (27,4%).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por sexo e tempo de serviço na instituição, IMESF, Porto Alegre - RS, 2016.

Tempo de serviço na instituição	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
0 a 1 ano	95	7,4%	18	1,4%	113	8,8%
1 a 2 anos	113	8,8%	19	1,5%	132	10,2%
2 a 3 anos	190	14,7%	28	2,2%	218	16,9%
3 a 4 anos	302	23,4%	51	3,9%	353	27,4%
4 a 5 anos	400	3,0%	72	5,6%	472	36,6%
Total	1.100	85,4%	188	14,6%	1.288	100%

Já no intervalo de 2 a 3 anos de serviço, tem-se o maior percentual de mulheres (17,3%) em comparação ao de homens (14,9%). No período de 1 a 2 anos de

instituição, o percentual entre homens e mulheres nesta faixa é muito próximo (10,1% e 10,4% respectivamente).

A tabela 4 mostra a escolaridade dos trabalhadores avaliados de acordo com a faixa etária. Dois terços dos trabalhadores (66,7%) possuem o ensino médio completo. Cabe observar que a maioria dos cargos dos trabalhadores do IMESF exigem como escolaridade o ensino médio completo, dentre eles os técnicos de enfermagem, cargo com grande quantidade de trabalhadores na instituição. Entre os trabalhadores que possuem o ensino médio completo, observa-se que a maior frequência encontra-se na faixa etária de 36 a 45 anos, equivalendo a 35,7% dessa faixa de escolaridade.

Quanto aos trabalhadores com ensino fundamental completo, verifica-se que equivalem a 7,5% do total. Este percentual surpreende visto que essa é a escolaridade exigida aos Agentes Comunitários de Saúde, cargo com maior número de trabalhadores participantes da avaliação. Porém, mesmo sendo essa a escolaridade de pré-requisito, percebe-se que a maioria tem escolaridade acima da exigida para nomeação ao respectivo cargo. Dentre os trabalhadores que possuem o ensino fundamental completo, destaca-se o elevado número de trabalhadores pertencentes a faixa etária de 56 a 60 anos (16,7% dos trabalhadores com esta escolaridade).

Quanto aos participantes das avaliações com especialização, são 8,2% do total. Os trabalhadores de 31 a 45 anos equivalem a 80,2% dos que possuem especialização. Não há trabalhador com menos de 25 anos ou com mais de 66 anos que possua especialização.

Acerca dos trabalhadores que possuem mestrado, as faixas etárias variam bastante. Há participantes de 26 a 60 anos com o título de mestre. A quantidade de trabalhadores com mestrado é consideravelmente pequena, representando apenas 0,5% dos participantes das avaliações e 5,4% dos trabalhadores que possuem algum tipo de pós-graduação.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e escolaridade, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Escolaridade	Faixa etária											Total
	20 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	71 a 77	
Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Educação Superior completa	-	20	39	42	16	10	15	12	6	3	-	163

Educação Superior incompleta	1	-	5	11	4	3	7	2	3	1	-	37
Ensino Fundamental Completo	7	6	16	13	10	11	9	16	6	1	1	96
Ensino Médio completo	13	64	139	151	151	104	97	86	31	8	2	846
Ensino Médio incompleto	-	3	2	6	7	4	4	3	2	-	-	31
Mestrado completo	-	2	1	-	1	-	1	1	-	-	-	6
Especialização	-	3	30	36	19	8	5	3	2	-	-	106
Não Informada	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
Total	21	98	232	261	208	140	139	123	50	13	3	1.288

A tabela 5 demonstra a escolaridade em relação ao sexo dos participantes. Os participantes do sexo masculino com educação superior completa representam 19,2% dos participantes masculinos, porém as participantes do sexo feminino com educação superior completa representam apenas 11,5% do total das participantes femininas. Já na escolaridade referente ao ensino médio completo, percebe-se que esse percentual se inverte, visto que as mulheres com ensino médio completo representam 66,9% do total das participantes, já os homens com ensino médio completo representam 58,5% do total de participantes do sexo masculino.

Faz-se importante destacar que o percentual de trabalhadores com nível superior completo é elevado, visto que, se considerarmos aqueles que tem educação superior completa, especialização e mestrado, representam 21,4% do total dos trabalhadores participantes das avaliações.

Tabela 5 –Distribuição dos trabalhadores por escolaridade e sexo, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Escolaridade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental	1	0,07%	-	-	1	0,1%
Educação Superior completa	127	9,9%	36	2,8%	163	12,6%
Educação Superior incompleta	33	2,6%	4	0,3%	37	2,9%
Ensino Fundamental completo	81	6,3%	15	1,2%	96	7,4%
Ensino Médio completo	736	57,1%	110	8,5%	846	65,6%
Ensino Médio incompleto	28	2,2%	3	0,2%	31	2,4%
Mestrado completo	4	0,3%	2	0,2%	6	0,5%
Especialização completa	89	6,9%	17	1,3%	106	8,2%
Não Informada	1	0,07%	1	0,07%	2	0,2%
Total	1.100	85,4%	188	14,6%	1.288	100%

A tabela 6 apresenta a distribuição dos trabalhadores participantes das avaliações que possuem algum tipo de pós-graduação. Já em relação a especialização, 8,7% do total dos participantes fizeram algum curso desse nível. Acredita-se que esse fenômeno na instituição deve-se a existir um valor salarial relativo a “adicional de especialização” concedido aos que possuem especialização relacionada à Saúde Pública ou à Saúde Coletiva.

Dentre os trabalhadores que possuem mestrado, ressalta-se o fato de que apenas enfermeiros detêm o título. Fenômeno semelhante verifica-se ao analisar os profissionais com especialização, pois os enfermeiros compõem 52,8% dos trabalhadores com especialização, contra 23,6% de cirurgiões dentista e 23,6% de médicos com especialização. Acredita-se que esse indicador também se deve ao fato que há um número maior de enfermeiros trabalhando na instituição do que nos outros cargos citados.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e cargo de nível superior, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Pós-graduação	Cargo						Total	
	Cirurgião Dentista		Enfermeiro		Médico			
	-	-	6	5,5%	-	-	6	5,5%
Mestrado	25	22,3%	56	50%	25	22,3%	106	94,5%
Especialização								
Total	25	22,3%	62	55,4%	25	22,3%	112	100%

A tabela 7 apresenta o tempo de serviço na instituição dos trabalhadores que possuem pós-graduação. Conforme se pode perceber, quanto maior o tempo na instituição, mais trabalhadores possuem pós-graduação. Em relação à especialização, os trabalhadores que têm de 3 a 4 anos de IMESF representam 35,8% daqueles que possuem especialização. Já aqueles que tem de 4 a 5 anos de instituição representam 22,6% daqueles que possuem especialização.

Quanto aos trabalhadores com mestrado, os que possuem de 3 a 4 anos de instituição representam 33,3% daqueles que tem mestrado e os de 4 a 5 anos de instituição também representam o mesmo percentual.

Esses indicadores ajudam a presumir que, após assumir um emprego público que lhes concede certa estabilidade profissional e financeira, os trabalhadores podem então dedicar-se aos estudos e concluir uma pós-graduação na sua área de atuação.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e tempo de serviço na instituição, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Pós-Graduação	Tempo de serviço na instituição					Total
	0 a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	
Mestrado	1	0	1	2	2	6
Especialização	12	15	17	38	24	106
Total	13	15	18	40	36	112

Na tabela 8 encontra-se a distribuição dos trabalhadores que possuem pós-graduação de acordo com o sexo. Dentre os trabalhadores que possuem mestrado, as mulheres com mestrado representam apenas 4,3% das mulheres com pós-graduação, contra 10,5% dos homens. Já em relação à especialização, as mulheres com especialização representam 95,7% daquelas que possuem pós-graduação, contra 89,5% dos homens.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e sexo, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Pós-graduação	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
Mestrado	4	3,6%	2	1,8%	6	5,4%
Especialização	89	79,5%	17	15,2%	106	94,6%
Total	93	83,0%	19	17,0%	112	100%

Este indicador permite a reflexão sobre a formação elevada dos homens, visto que proporcionalmente são os profissionais que mais tem mestrado concluído dentre os participantes.

A tabela 9 apresenta a formação em pós-graduação de acordo com a faixa etária dos participantes. Conforme se pode verificar, os trabalhadores que mais tem pós-graduação estão na faixa etária de 31 a 40 anos, representando 59,9% dos trabalhadores que possuem pós-graduação. A quantidade de trabalhadores com pós-graduação vai caindo gradativamente conforme o aumento da faixa etária.

Tabela 9 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e faixa etária, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Pós-graduação	Faixa etária (anos)											Total
	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-77	
Mestrado	0	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	6

Especialização	0	3	30	36	19	8	5	3	2	0	0	106
Total	0	5	31	36	20	8	6	4	2	0	0	112

Os trabalhadores mais jovens, na faixa etária de até 25 anos, não possuem pós-graduação, porém é importante considerar que nesta idade muitos ainda não concluíram ou recém concluíram o ensino superior, portanto ainda não tiveram tempo hábil de dedicar-se à pós-graduação.

Paralelamente, dentre os trabalhadores que possuem mestrado, verifica-se que 33,3% dos trabalhadores está na faixa etária de 26 a 30 anos.

A tabela 10 apresenta a distribuição de raça/cor dos trabalhadores de acordo com o sexo de cada um. Nos primeiros anos de cadastro dos trabalhadores não havia no formulário a ser preenchido o campo para informar a raça/cor do trabalhador. Devido a isso, em 37,2% dos casos não há informação de raça/cor no seu cadastro.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por raça/core sexo, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Raça/cor	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
Amarela	1	0,1%	-	-	1	0,1%
Branca	548	42,5%	97	7,5%	645	50,0%
Indígena	1	0,1%	-	-	1	0,1%
Negra	114	8,8%	20	1,5%	134	10,4%
Parda	20	1,5%	8	0,6%	28	2,2%
Não informada	416	32,3%	63	4,9%	479	37,1%
Total Geral	1.100	85,4%	188	14,6%	1.288	100%

Conforme pode-se verificar, excluindo-se os trabalhadores cujo cadastro se encontra incompleto, os participantes que se autodeclararam brancos compuseram 50,1% do total, enquanto 10,4% autodeclararam-se negros e 2,2% pardos. Destaca-se que o número de trabalhadores que se autodeclararam brancos é ainda muito superior aos que o fizeram como negros e pardos.

Dentre os trabalhadores que se autodeclararam brancos, temos 85,0% mulheres e 15,0% homens. Já em relação aos que se autodeclararam negros, temos 85,1% de mulheres e 15,0% homens. Quanto aos pardos, 71,4% de mulheres e 28,6% de homens. Esses percentuais demonstram a proporcionalidade entre homens e mulheres na instituição, já comentada anteriormente.

Na tabela 11 encontra-se a divisão de raça/cor conforme a faixa etária dos participantes. Não há faixa etária em que a proporcionalidade de participantes que se autodeclararam negros e pardos se aproxime da proporcionalidade de participantes que se autodeclararam brancos.

Tabela 11 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e raça/cor, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016.

Faixa etária (anos)	Raça/cor						Total
	Amarela	Branca	Indígena	Negra	Parda	Não informada	
20 a 25		10		2		9	21
26 a 30		46		6	1	45	98
31 a 35		102		30	1	99	232
36 a 40		134		20	10	97	261
41 a 45		89		23	4	92	208
46 a 50	1	72		16	2	49	140
51 a 55		66		18	9	46	139
56 a 60		81	1	12	1	28	123
61 a 65		32		5		13	50
66 a 70		11		2			13
71 a 80		2				1	3
Total	1	645	1	134	28	479	1.288

5.2 MESA REDONDA

Na cidade de Porto Alegre, a Atenção Primária compreende uma rede de mais de 140 unidades de saúde. Desde 2012, foi implantado um sistema de avaliação de desempenho com quesitos sobre o processo de trabalho das unidades de saúde do município. Apesar da coleta anual de dados, não houve oportunidade para a administração municipal analisar diversos aspectos, entre os quais as necessidades de educação permanente. A presente dissertação explora os resultados desse processo.

Sendo assim, propôs-se realizar uma atividade de extensão universitária a fim de divulgar e discutir os resultados obtidos, colaborando com subsídios para a política municipal de educação permanente de profissionais de saúde. Em novembro de 2018, o Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdade da UFRGS promoveu a roda de conversa “Avaliação de Desempenho nas Equipes de Saúde de Porto Alegre: Discussão de Resultados”, organizada pelo Prof. Roger dos Santos Rosa e coordenada pela Mestranda Fernanda Picetti dos Santos. A ação de extensão foi cadastrada oficialmente na Universidade sob registro nº 38.886.

O evento teve como objetivo apresentar os resultados das avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS, no ano de 2016, para que se identificasse as necessidades educacionais dos profissionais de saúde e contribuir com subsídios para a elaboração de uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre.

Foram convidados para participar os representantes da gestão municipal, os representantes da gestão do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família e também representantes da gestão de recursos humanos da mesma instituição, os representantes das gerências distritais do município e os trabalhadores da Atenção Primária. Ao todo, 17 pessoas participaram e contribuíram com a discussão.

Após a apresentação expositiva dos dados analisados e dos indicadores construídos, foi proporcionado um momento de discussão propriamente dito, onde todos os presentes puderam fazer suas colocações e contribuir com ideias e sugestões. Foi amplamente discutido entre os presentes o fato de que os trabalhadores da APS, em sua maioria, desconhecem os princípios e diretrizes do SUS. Essa situação pode ser resultante de alguns fatores, tais como: o despreparo na formação acadêmica dos trabalhadores, preparando muitas vezes o profissional apenas para atuação nas instituições privadas e, conseqüentemente, o deixando despreparado para agir na comunidade e na saúde pública; a falha da instituição no momento da integração dos novos profissionais, onde muitas vezes os mesmos são colocados para atuar nas unidades de saúde sem entender o contexto do qual passarão a fazer parte e do funcionamento da rede como um todo; a dinamicidade das informações ao longo do tempo, fazendo com que as pessoas acabem por desconhecer a informação atualizada acerca de determinados assuntos, pois não conseguiram acompanhar as mudanças realizadas, seja por falta de oportunidade ou por falta de interesse de cada um.

Outra questão levantada pelos participantes refere-se ao fato do profissional que atua como Agente Comunitário de Saúde ter que obrigatoriamente residir na comunidade em que atua, pois, esse profissional pode passar a confundir e misturar seu papel de trabalhador da área da saúde e de usuário da mesma unidade. Os participantes também salientaram que o Agente Comunitário de Saúde é peça chave no processo de controle social, sendo ele um grande conhecedor do território e tendo um papel importante como morador e trabalhador na comunidade. Cabe ao ACS o papel de principal fomentador da participação social nos territórios. Por essas

questões, salientou-se a importância do acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, com vistas a identificar as dificuldades de cada um e assim auxiliá-los no desenvolvimento do seu papel na comunidade, como trabalhadores e também como usuários.

Outro fator colocado pelos participantes e que atrai a atenção foi a surpresa dos presentes com os resultados obtidos através das avaliações de desempenho analisadas. Muitos demonstraram acreditar que os resultados estariam muito melhores do que o que foi evidenciado. Além disso, salientaram a importância do conhecimento acerca desses resultados a fim de buscar formas de qualificar as atividades e conseqüentemente obter melhores resultados. Também foi colocado que muitos avaliadores não acreditam na efetividade da avaliação, que não enxergam como um instrumento de melhoria e acabam, por muitas vezes, avaliando os trabalhadores com notas mais elevadas do que deveriam, a fim de evitar indisposição com os trabalhadores os quais convivem diariamente.

Ademais, foi observado que o instrumento de avaliação utilizado não é totalmente eficaz, visto que em algumas questões abre margem de interpretação e entendimento de cada avaliador acerca de sua subjetividade.

Uma observação importante feita pelos participantes refere-se ao fato de que, analisando-se as unidades individualmente, percebe-se que o perfil dos avaliados tende a ser um reflexo dos próprios coordenadores (responsáveis por realizar as avaliações), que acabam obtendo os mesmos resultados de seus avaliados em suas próprias avaliações. Essa evidência demonstra a importância das lideranças nas unidades de saúde e o quanto os líderes/gestores impactam na realização e eficácia das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

Em seguida, abordou-se acerca da importância da Educação Permanente em Saúde (EPS) nas unidades de saúde. Os participantes declararam que a EPS se encontra desacreditada nas unidades, pois cada trabalhador atua individualmente, tornando o coletivo desacreditado. A EPS só existe hoje quando estimulada pela gestão, não sendo mais solicitada pelas equipes como era anteriormente. O desafio da EPS é exatamente fazer com que as pessoas se enxerguem e atuem mais como equipe, utilizando os momentos de reunião não apenas como um momento de informes e desabafo de problemas, mas que passe a ser entendido como um momento de utilizar-se a EPS como ferramenta que pode trazer saberes e inovações às práticas cotidianas.

Evidenciou-se, também, que as unidades de saúde que demonstram ter os maiores problemas nas equipes são aquelas que não se reúnem em espaços coletivos de conversa e discussão. Sendo assim, um dos desafios da gestão trata da sensibilização das equipes que hoje estão desacreditadas em EPS, ou mesmo desconhecem o conceito e a prática da EPS. Para tanto, colocou-se que um dos primeiros atos deve ser a realização de Educação Permanente em Saúde em Educação Permanente em Saúde, fazendo com que os profissionais possam aprender a valorizar esses espaços de discussão e conversas, de forma democrática, com o olhar diferenciado de cada indivíduo participante, fazendo-os se afetarem por esses momentos e proporcionando uma maior interação entre todos. É preciso que a EPS faça sentido para o trabalhador, pois só assim se poderá resignificar as práticas de cada um. Para isso, deve-se pensar em atividades atrativas, que envolvam e capturem as pessoas, fazendo uso de tecnologias ativas e diferenciadas, a fim de afetar os atores envolvidos. Se as equipes de saúde não se sentirem afetadas, não haverá produção de mudanças. Nesse sentido, foi destacado pelos participantes a importância do *feedback* tanto das avaliações individuais, quanto do monitoramento realizado em cada equipe, a fim de que os trabalhadores possam conhecer e reconhecer suas fraquezas e assim participem mais efetivamente das atividades desenvolvidas, de forma que possam melhorar seu desempenho individual, mas também incrementem seu desempenho coletivo.

Fotografia – Mesa Redonda (23/11/2018)



A seguir, segue um relatório técnico propositivo, que tem como objetivo apresentar e analisar os resultados das avaliações de desempenho.

6. RELATÓRIO TÉCNICO PROPOSITIVO

Este relatório técnico propositivo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos, proporcionando uma ampla visão das avaliações dos trabalhadores em saúde da Atenção Primária no ano de 2016 e, conseqüentemente, um diagnóstico das unidades envolvidas. Para isso, primeiramente serão apresentados os resultados obtidos, abrangendo os itens avaliados em três categorias, sendo estas: itens mais satisfatórios, itens mais insatisfatórios e outros resultados. A seguir, serão abordadas as questões referentes às necessidades educacionais que emergem dos trabalhadores e que carecem de novas práticas, necessidades essas obtidas de acordo com aqueles itens que se mostraram mais insatisfatórios na análise dos dados. Ao final, encontra-se uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre, com base naqueles itens que demonstraram ser mais necessários à intervenção da gestão a fim de proporcionar melhorias na eficiência e eficácia nos trabalhadores e nas unidades de saúde do município.

6.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A fim de demonstrar a análise das avaliações realizadas, apresentam-se os resultados das avaliações. Esses resultados encontram-se na tabela 12.

Tabela 12 – Resultados das avaliações de desempenho por item avaliado, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016

Item avaliado	Nota										Total
	0	%	2,5	%	5	%	7,5	%	10	%	
1.1.Pontualidade	5	0,4%	54	4,2%	178	14%	416	32,3%	635	49,3%	1.288
1.2.Assiduidade	9	0,7%	30	2,3%	88	6,8%	242	18,8%	919	71,4%	1.288
2.1.Respeito à hierarquia	1	0,1%	16	1,2%	49	3,8%	316	24,5%	906	70,3%	1.288
2.2.Organização, disciplina e atenção	1	0,1%	29	2,2%	119	9,2%	435	33,8%	704	54,7%	1.288
3.1.Iniciativa e proatividade	11	0,9%	28	2,2%	114	8,9%	445	34,5%	690	53,6%	1.288
4.1.Comprometimento com os objetivos e pactuações da equipe	2	0,2%	17	1,3%	79	6,1%	422	32,8%	768	59,6%	1.288
5.1.Aceitar sugestão e crítica	2	0,2%	19	1,5%	96	7,5%	439	34,1%	732	56,8%	1.288

5.2.Saber ouvir e respeitar os pontos de vista	1	0,1%	20	1,5%	93	7,2%	444	34,5%	730	56,7%	1.288
6.1.Ética e profissionalismo	1	0,1%	7	0,5%	28	2,2%	271	21,0%	981	76,2%	1.288
6.2.Tratamento de informações e documentos com sigilo	-	-	2	0,2%	8	0,6%	244	18,9%	1034	80,3%	1.288
7.1.Uso sistemático de EPI, uniforme e crachá	6	0,5%	64	5,0%	132	10%	422	32,8%	664	51,6%	1.288
8.1.Realiza os registros no sistema de informação	11	0,9%	35	2,7%	128	9,9%	421	32,7%	693	53,8%	1.288
8.2.Participação na demanda espontânea e ações programáticas	12	0,9%	10	0,8%	88	6,8%	499	38,7%	679	52,7%	1.288
8.3.Participação no acolhimento aos usuários	35	2,7%	18	1,4%	74	5,7%	434	33,7%	727	56,4%	1.288
8.4.Participação nas reuniões de equipe	2	0,2%	16	1,2%	72	5,6%	340	26,4%	858	66,6%	1.288
8.5.Gerenciamento dos insumos e participação nas atividades internas	27	2,1%	16	1,2%	78	6,1%	453	35,2%	714	55,4%	1.288
8.6.Discussão de casos com a equipe	23	1,8%	15	1,2%	95	7,4%	468	36,3%	687	53,3%	1.288
8.7.Cuidado da saúde na US, no domicílio e demais espaços	9	0,7%	16	1,2%	133	10%	538	41,8%	592	46,0%	1.288
8.8.Identificação de expostos a riscos e vulnerabilidades	8	0,6%	13	1,0%	64	5,0%	442	34,3%	761	59,1%	1.288
8.9.Realiza busca ativa e notificações	33	2,5%	31	2,4%	123	9,5%	488	37,9%	613	47,6%	1.288
8.10.Realiza atendimento humanizado	4	0,3%	8	0,6%	38	3,0%	340	26,4%	898	69,7%	1.288
8.11.Participação nas ações de educação na saúde	86	6,7%	41	3,2%	275	21,0%	548	42,5%	338	26,2%	1.288
8.12. Participação nas ações de educação em saúde	70	5,4%	42	3,3%	223	17,0%	505	39,2%	448	34,8%	1.288
8.13.Promoção do controle social	102	7,9%	65	5,0%	325	25,0%	473	36,7%	323	25,1%	1.288
8.14.Identificação de parceiros na comunidade	113	8,8%	35	2,7%	238	18,0%	487	37,8%	415	32,2%	1.288

8.15.Realiza ações de controle de doenças e agravos endêmicos	40	3,1%	27	2,1%	158	12,0%	505	39,2%	558	43,3%	1.288
---------------------------------------------------------------	----	------	----	------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-------

Conforme se pode verificar na tabela 12, há uma grande diversidade e relevância nos resultados obtidos. Para uma melhor avaliação e análise aprofundada dos resultados apresentados, a seguir dividir-se-á os resultados em três categorias, conforme segue: “mais satisfatórios”, “menos satisfatórios” e “outros resultados”.

6.1.1 Itens mais satisfatórios

Nesta seção, serão apresentados os itens da avaliação cujos resultados gerais foram mais satisfatórios. Neste quesito, enquadraram-se as questões que obtiveram resultados “muito satisfatórios” superiores a 60% do total de participantes.

Tabela 13 – Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram resultados muito satisfatórios, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016

Item avaliado	Nota										Total
	0	%	2,5	%	5	%	7,5	%	10	%	
1.2.Assiduidade	9	0,70%	30	2,33%	88	6,8	242	18,8%	919	71,4%	1288
2.1.Respeito à hierarquia	1	0,08%	16	1,24%	49	3,8	316	24,5%	906	70,3%	1288
6.1.Ética e profissionalismo	1	0,08%	7	0,54%	28	2,2	271	21%	981	76,2%	1288
6.2.Tratamento de informações e documentos com sigilo	0	0,00%	2	0,16%	8	0,6	244	18,9%	1034	80,3%	1288
8.4.Participação nas reuniões de equipe	2	0,16%	16	1,24%	72	5,6	340	26,4%	858	66,6%	1288
8.10.Realiza atendimento humanizado	4	0,31%	8	0,62%	38	3	340	26,4%	898	69,7%	1288

O primeiro item da tabela 13, numerado como item 1.2, refere-se à assiduidade do trabalhador, ou seja, seu comparecimento diário ao trabalho. Nesse item, verifica-se que 919 dos trabalhadores avaliados apresentam o conceito “muito satisfatório”, equivalente a 71,4% do total dos avaliados. Esse quesito representa tanto o comprometimento do trabalhador em comparecer diariamente às suas atividades, quanto ao fato de que, se faltar às suas atividades sem justificativa, pode ocasionar

ônus em sua remuneração mensal, além de ser passível de sanção a falta não justificada.

Em relação ao item 2.1, esse refere-se ao respeito do trabalhador aos níveis hierárquicos e à sua chefia imediata. Como resultado, pode-se verificar que 906 trabalhadores, equivalente a 70,3% do total, demonstraram conhecer e respeitar os níveis hierárquicos, cumprindo as determinações que lhes são repassadas, sem demonstrar resistência para aceitar essas determinações. Essa relação de respeito pode fazer com que o trabalho flua com mais tranquilidade e as atividades cotidianas possam ser realizadas de acordo com o que é esperado pela gestão.

Já o item 6.1 diz respeito à execução de tarefas com ética e profissionalismo. Pode-se verificar que 76,2%, representando 981 trabalhadores, executam suas atividades com ética e profissionalismo, agindo de forma adequada com usuários, colegas e chefia. No que se refere ao item 6.2, esse é um complemento ao item 6.1 acima apresentado e faz referência ao comportamento ético do trabalhador especificamente com relação aos usuários de saúde, considerando o sigilo necessário no tratamento das informações e documentos de acordo com seu conteúdo. Como resultado, verifica-se que 1.034 trabalhadores, equivalente a 80,3% do total, sabem como tratar as informações e documentos de forma adequada, sendo inclusive a questão que apresenta como resultado a proporção mais elevada de trabalhadores com a maior pontuação. É importante destacar que os trabalhadores das unidades de saúde atuam dentro das comunidades e acabam por conhecer a real situação de cada família, portanto o tratamento das informações de forma sigilosa se faz fundamental no estabelecimento do vínculo com o usuário, além de proporcionar a harmonia nas relações como um todo.

O item 8.4 avalia a participação do trabalhador nas reuniões de equipe, sendo possível verificar que 858 trabalhadores, equivalente a 66,6% do total, participam das reuniões de equipe conforme é preconizado pela gestão. Cabe salientar que esse item pode nos levar a uma interpretação dúbia, visto que pode tratar-se apenas da presença física do trabalhador, a qual é obrigatória nas reuniões pois essas são realizadas durante o horário de trabalho, mas também pode tratar-se da participação ativa do trabalhador nas reuniões, com sugestões, críticas e demais participações que se fazem necessárias. Esse item demonstra uma possível falha na avaliação desenvolvida, visto que deixa margem ao avaliador para interpretar de forma subjetiva seu significado e, conseqüentemente, avaliar de acordo com sua percepção.

Por último, temos o item 8.10, o qual avalia o atendimento prestado ao usuário, verificando se o mesmo presta um atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo com o usuário. Nesse quesito, tem-se como resultado que 898 trabalhadores, equivalente a 69,7% do total, prestam o atendimento humanizado de forma muito satisfatória, preocupando-se com o usuário e, em consequência, proporcionando o estabelecimento do vínculo desse usuário com a unidade de saúde e sua equipe, pois leva em conta o paciente como um todo, não apenas como uma doença apresentada no território.

6.1.2 Itens mais insatisfatórios

Nesta seção, serão apresentados os itens da avaliação cujos resultados gerais foram mais insatisfatórios. Neste quesito, enquadraram-se as questões que apresentaram mais resultados insatisfatórios dentro do total de participantes.

Tabela 14 – Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram mais resultados insatisfatórios, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016

Item avaliado	Notas										Total
	0	%	2,5	%	5	%	7,5	%	10	%	
1.1.Pontualidade	5	0,39	54	4,19	178	14	416	32,3	635	49,3	1288
7.1.Uso sistemático de EPI, uniforme e crachá	6	0,47	64	4,97	132	10	422	32,8	664	51,6	1288
8.1.Realiza os registros no sistema de informação	11	0,85	35	2,72	128	9,9	421	32,7	693	53,8	1288
8.11.Participação nas ações de educação na saúde	86	6,68	41	3,18	275	21	548	42,5	338	26,2	1288
8.12. Participação nas ações de educação em saúde	70	5,43	42	3,26	223	17	505	39,2	448	34,8	1288
8.13.Promoção do controle social	102	7,92	65	5,05	325	25	473	36,7	323	25,1	1288
8.14.Identificação de parceiros na comunidade	113	8,77	35	2,72	238	18	487	37,8	415	32,2	1288

Com relação ao primeiro item avaliado, sendo esse o 1.1, cabe ressaltar que diz respeito à pontualidade do trabalhador no início e término das atividades, sem ausentar-se de seu local durante sua jornada de trabalho. Esse item vincula-se à característica da personalidade de cada indivíduo e seu compromisso com horários, não sendo algo que possa ser trabalhado de outra forma que não seja de maneira individualizada, mostrando a importância do cumprimento do horário de trabalho não apenas como compromisso individual, mas na forma que a falta de pontualidade acaba por impactar no desenvolvimento das atividades das unidades de saúde. Nesse item, nota-se que se tem 54 trabalhadores com pontuação insatisfatória, equivalendo a 4,19% do total, e 178 trabalhadores com pontuação regular, equivalendo esses a 14% do total. Somando-se, verifica-se que há 237 trabalhadores que apresentam problemas de pontualidade, número esse que se apresenta deveras elevado, representando 18,4% do total.

Já o item 7.1 refere-se ao uso sistemático dos uniformes, crachá de identificação e dos EPIs (equipamentos de proteção individual) obrigatórios a cada cargo. Por mais que esses itens sejam de uso obrigatório, nota-se uma resistência dos trabalhadores na utilização dos mesmos, tendo 64 trabalhadores com pontuação insatisfatória e 132 trabalhadores com pontuação regular. Somando-se, esses trabalhadores com pontuação deficitária representam 15,2% do universo total dos avaliados. Nesse item, se faz necessário reforçar a importância da utilização desses materiais, visto que eles são fornecidos para maior segurança do trabalhador e facilidade na identificação desses nos territórios que atuam.

O item 8.1 diz respeito à realização do registro das atividades nos sistemas de informação, onde se tem 11 trabalhadores (0,85%) que não realizam esses registros, 35 (2,72%) que os realizam de forma insatisfatória e 128 (9,9%) que os realizam de forma regular. Os registros de saúde são de extrema importância, visto que são esses que demonstram as atividades que efetivamente são realizadas pelos trabalhadores. Porém, sabe-se que há trabalhadores com dificuldades e resistência no acesso às novas tecnologias, portanto acabam por negligenciar o uso dessas no registro de suas atividades diárias. Além disso, esses registros são a ferramenta que auxiliam as unidades de saúde a evidenciar a real situação das comunidades que atuam, sendo fundamentais na identificação de prioridades para realização de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Quanto ao item 8.11, esse vem trazer à tona a discussão acerca da participação dos trabalhadores na organização das ações de educação na saúde para os

trabalhadores da unidade e na contribuição individual nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na unidade de saúde em que atuam. Nota-se que 86 trabalhadores (6,68% do total) não realizam essas atividades, 41 trabalhadores (3,18% do total) realizam de forma insatisfatória e 275 trabalhadores (21% do total) realizam de forma regular. Ao somar-se, verifica-se que temos um elevado percentual de 31,2% dos trabalhadores com dificuldades de realizar atividades de educação na saúde, num total de 402 trabalhadores.

No que diz respeito ao item 8.12, em complemento ao item 8.11, refere-se à realização de ações de educação em saúde à população, tais como grupos e sala de espera. Nesse quesito, verifica-se que 70 trabalhadores (5,43%) não realizam essas ações, 42 trabalhadores (3,26%) as realizam de forma insatisfatória e 223 trabalhadores (17%) as realizam de forma regular, representado ao final um total de 335 trabalhadores (26%) com dificuldades em realizar ações de educação em saúde aos usuários da comunidade em que atuam.

No item 8.13 foi abordada a promoção da mobilização e da participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação e efetivação desses espaços. Verificou-se que 102 trabalhadores (7,92%) não realizam essa promoção, 65 trabalhadores (5,05%) a realizam de forma insatisfatória e 325 trabalhadores (25%) realizam essa promoção de forma regular. Cabe salientar nesta questão o elevado número de trabalhadores que não realizam essa promoção de forma alguma, o que traz à tona o pensamento do porquê dessa não realização. Isso pode estar associado à falta de tempo nas atividades, à falta de conhecimento dos trabalhadores acerca do controle social e também ao fato de que muitos trabalhadores acreditarem que o controle social tende muitas vezes a ser mais um impeditivo do que um auxílio na realização das atividades, pensamento esse equivocado. Somando-se os dados acima, nota-se que exacerbadamente tem-se 492 trabalhadores, equivalendo a surpreendentes 38,2% do total de avaliados, que apresentam dificuldade na promoção da mobilização e da participação dos usuários na efetivação do controle social.

Em relação aos itens mais insatisfatórios, por último temos o item 8.14, que aborda a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais. Dentre os avaliados, 113 trabalhadores (8,77%) não realizam essa identificação, 35 trabalhadores (2,72%) a realizam de forma insatisfatória e 238 trabalhadores (18%) realizam essa identificação de forma regular. Somando-se esses dados, tem-se o total de 386 trabalhadores, equivalente a 30%

dos avaliados, com visível dificuldade no entendimento da importância da realização das atividades intersetoriais dentro da realidade da comunidade em que atuam.

6.1.3 Outros resultados

Nesta seção, serão apresentados os itens da avaliação cujos resultados gerais não se encontram nos dois quesitos apresentados nas seções anteriores, sendo então relacionados dentro de “outros resultados”.

Tabela 15 – Resultados das avaliações de desempenho que obtiveram outros resultados, IMESF, Porto Alegre – RS, 2016

Item avaliado	Notas										Total
	0	%	2,5	%	5	%	7,5	%	10	%	
2.2.Organização, disciplina e atenção	1	0,08	29	2,25	119	9,2	435	33,8	704	54,7	1288
3.1.Iniciativa e proatividade	11	0,85	28	2,17	114	8,9	445	34,5	690	53,6	1288
4.1.Comprometimento com os objetivos e pactuações da equipe	2	0,16	17	1,32	79	6,1	422	32,8	768	59,6	1288
5.1.Aceitar sugestão e crítica	2	0,16	19	1,48	96	7,5	439	34,1	732	56,8	1288
5.2.Saber ouvir e respeitar os pontos de vista	1	0,08	20	1,55	93	7,2	444	34,5	730	56,7	1288
8.2.Participação na demanda espontânea e ações programáticas	12	0,93	10	0,78	88	6,8	499	38,7	679	52,7	1288
8.3.Participação no acolhimento aos usuários	35	2,72	18	1,40	74	5,7	434	33,7	727	56,4	1288
8.5.Gerenciamento dos insumos e participação nas atividades internas	27	2,10	16	1,24	78	6,1	453	35,2	714	55,4	1288
8.6.Discussão de casos com a equipe	23	1,79	15	1,16	95	7,4	468	36,3	687	53,3	1288
8.7.Cuidado da saúde na US, no domicílio e demais espaços	9	0,70	16	1,24	133	10	538	41,8	592	46	1288
8.8.Identificação de expostos a riscos e vulnerabilidades	8	0,62	13	1,01	64	5	442	34,3	761	59,1	1288
8.9.Realiza busca ativa e notificações	33	2,56	31	2,41	123	9,5	488	37,9	613	47,6	1288
8.15.Realiza ações de controle de	40	3,11	27	2,10	158	12	505	39,2	558	43,3	1288

O primeiro item relacionado nesta seção é o item 2.2, referente à organização, disciplina e atenção no trabalho. Esse item avaliado é característico de cada indivíduo, fazendo parte da personalidade do mesmo e devendo ser trabalhado de forma intrínseca e individual. Pelas pontuações apresentadas, nota-se que traz uma média satisfatória, onde se tem 435 trabalhadores (33,8%) com desempenho satisfatório e 704 trabalhadores (54,7%) com desempenho muito satisfatório, demonstrando que em sua grande maioria os trabalhadores desenvolvem suas atividades de forma organização e com atenção.

O item 3.1 refere-se à demonstração de iniciativa e proatividade na execução das atividades. Conforme pode-se verificar na tabela 15, esse item apresenta média satisfatória, com 445 trabalhadores (34,5%) com desempenho satisfatório e 690 trabalhadores (53,6%) com desempenho muito satisfatório. Esse item diz respeito à iniciativa do trabalhador na execução das suas atividades do dia a dia, não aguardando apenas ser ordenado para cumprir determinada atividade, além de oferecer auxílio aos colegas quando necessário.

Já o item 4.1 aborda o comprometimento do trabalhador com os objetivos e pactuações da equipe e também com os serviços prestados por ela. Nesse item, verificou-se que a maioria dos trabalhadores obteve desempenho satisfatório e muito satisfatório, sendo 422 trabalhadores (32,8%) com desempenho satisfatório e 768 trabalhadores (59,6%) com desempenho muito satisfatório. Esse resultado demonstra que, em sua maioria, os trabalhadores da APS de Porto Alegre estão comprometidos com os objetivos pactuados pela equipe de acordo com as necessidades de cada território, assim como com os serviços prestados por essa equipe à comunidade a qual pertencem.

No item 5.1 abordam-se as relações interpessoais, questionando se o trabalhador consegue aceitar sugestões e críticas visando seu próprio desenvolvimento e aprimoramento. Nessa questão, novamente os trabalhadores em sua maioria apresentaram desempenho satisfatório e muito satisfatório, demonstrando saber lidar com as críticas que por ventura possam ser feitas em relação às atividades desenvolvidas e aceitar as sugestões em prol de seu desenvolvimento. Como resultado, tem-se 439 trabalhadores (34,1%) com desempenho satisfatório e 732 trabalhadores (56,8%) com desempenho muito satisfatório. Em complemento ao item 5.1, tem-se o item 5.2 que se refere ao

trabalhador saber ouvir e respeitar os diferentes pontos de vista, tendo como resultado 444 trabalhadores (34,5%) com desempenho satisfatório e 730 trabalhadores (56,7%) com desempenho muito satisfatório, demonstrando que em sua grande maioria os trabalhadores sabem ouvir e respeitar a opinião dos colegas.

Quanto ao item 8.2, esse aborda a participação do trabalhador no atendimento da demanda espontânea, na realização de atividades programáticas, coletivas e de vigilância à saúde. Verificou-se que, nesse quesito, alguns trabalhadores ainda precisam melhorar seu desempenho, porém, em sua grande maioria, demonstram participar ativamente das atividades realizadas por sua equipe. Como resultado, tem-se 110 trabalhadores, representando 8,5% do total de avaliados, com desempenho regular, insatisfatório ou que não realizam essas atividades. Em contrapartida, tem-se 499 trabalhadores (38,7%) com desempenho satisfatório e 679 trabalhadores (42,7%) com desempenho muito satisfatório.

Já no item 8.3 se analisou a participação do trabalhador no acolhimento aos usuários, realizando a escuta qualificada e com a identificação das necessidades de intervenções do cuidado. Como resultado, constatou-se que 127 trabalhadores, representando 9,9% do total dos avaliados, ainda não percebem a importância do acolhimento, ou mesmo que esse deva ser realizado por todos os trabalhadores em saúde. O acolhimento inicia-se no ato de receber o usuário na unidade e ouvi-lo ativamente, e não apenas como ferramenta cuja atribuição é exclusiva de determinados cargos. Porém, em sua maioria, os trabalhadores avaliados já têm essa consciência e, em consequência disso, 434 trabalhadores (33,7%) apresentaram desempenho satisfatório e 727 trabalhadores (56,4%) apresentaram desempenho muito satisfatório.

No item 8.5 tem-se uma questão abrangente, que aborda o gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade e o auxílio no desenvolvimento de atividades internas da unidade que tenham como objetivo o cuidado integral do usuário, tais como a recepção desse, o agendamento de consultas e exames, a organização de prontuários, a realização do cartão do SUS, dentro outros. Como resultado, mostrou-se que o maior número de trabalhadores, sendo 453 (35,2%) com desempenho satisfatório e 714 (55,3%) com desempenho muito satisfatório, participam ativamente das atividades internas de suas respectivas unidades. Com um número menor, porém significativo, de trabalhadores que ainda não visualizam a importância de sua atuação em outras atividades que não aquelas propriamente relacionadas às suas funções, representam esses 9,4% (121

trabalhadores) do total de avaliados com desempenho regular, insatisfatório ou que realmente não realizam essas atividades.

Em relação ao item 8.6, esse aborda a discussão de casos com a equipe de saúde, tendo como foco não apenas a doença do indivíduo, mas priorizando a abordagem centrada no sujeito/família. O item obteve um bom resultado, porém verificou-se que ainda há um considerável número de 133 trabalhadores (10,3%) que precisam desenvolver essa abordagem, pois apresentaram desempenho regular, insatisfatório ou que não realizam essa questão apontada. Em compensação, tem-se 468 trabalhadores (36,3%) que apresentaram desempenho satisfatório e 687 trabalhadores (53,3%) com desempenho muito satisfatório, o que demonstra que a gestão de acordo com o que é preconizado pela gestão.

Já no item 8.7 se analisou a realização do cuidado de saúde da população, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, tais como realização de ações em escolas, associações, entre outros. Esse item obteve um resultado bem razoável, visto que 538 trabalhadores (41,8%) apresentaram desempenho satisfatório e 592 trabalhadores (46%) apresentaram desempenho muito satisfatório. Porém, o que se nota é que nesse quesito ainda há muito que melhorar, visto que se apresentaram 158 trabalhadores, equivalente a 12,3% do total de avaliados, com desempenho regular, insatisfatório ou que não realizam essas atividades de cuidado em saúde nos âmbitos acima apresentados.

No item 8.8 abordou-se a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, priorizando a assistência desses com vistas à equidade na atenção à saúde. Nessa questão, verificou-se a importância de os trabalhadores prestarem atenção à sua volta, na comunidade e no território em que atuam, tornando possível a identificação dos indivíduos que mais necessitam de cuidados. Como resultado, obteve-se 442 trabalhadores (34,2%) com desempenho satisfatório e 761 trabalhadores (59,1%) com desempenho muito satisfatório, ou seja, que conseguem fazer essa identificação. Porém, notou-se que ainda há de ser abordada essa questão nas unidades, a fim de elucidar a toda a necessidade imperiosa dessa identificação contínua, em busca da equidade em saúde.

O item 8.9 analisa a realização da busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, quando se fizer necessário. Nesse item, notou-se que muitas vezes o trabalhador acredita que essa atividade faz parte das funções de um determinado cargo, não sendo necessário atuar nesse sentido. Devido a isso, percebeu-se um número elevado de 187 trabalhadores, equivalente a 14,5% do total

de avaliados, que não percebem essa atividade como sendo também de sua responsabilidade, e, portanto, obtiveram desempenho regular, insatisfatório ou não realizam essa atividade conforme é esperado. De outra parte, notou-se um bom resultado em 488 trabalhadores (37,9%) que demonstraram um desempenho satisfatório e 613 trabalhadores (47,6%) que apresentaram um desempenho muito satisfatório, mostrando que muitos já entendem a busca ativa e notificações como parte de suas atividades como membros da equipe em que atuam.

Por último, dentro da seção de outros resultados, tem-se o item 8.15 que trata sobre a realização de ações de controle de doenças e agravos endêmicos ou de importância em saúde pública. Nesse item, percebeu-se uma atuação ainda tímida dos trabalhadores nesse sentido, visto que 225 trabalhadores, equivalente a 17,5% do total de avaliados, demonstraram desempenho regular, insatisfatório ou não realizam essas ações de nenhuma forma. Acredita-se que esse caso se assemelha ao exposto no parágrafo anterior, na medida em que os trabalhadores podem não perceber essas atividades como pertencentes às suas e, por isso, deixam muitas vezes de realizá-las. Porém, percebeu-se um número considerável de trabalhadores, composto de 505 (39,2%) com desempenho satisfatório e 558 (43,3%) com desempenho muito satisfatório, que já perceberam a importância da realização dessas ações de controle e as tomaram como parte de suas atividades a serem desenvolvidas, a fim de atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças.

6.2 NECESSIDADES EDUCACIONAIS QUE EMERGEM DOS TRABALHADORES E QUE CARECEM DE NOVAS PRÁTICAS

Dentre os apontamentos que surgiram nas avaliações, destacam-se itens que demonstraram desempenhos mais insatisfatórios dos trabalhadores da Atenção Primária. Entende-se que esses são os itens que ensejariam novas práticas educacionais.

O primeiro resultado a ser destacado refere-se ao item 8.14, o qual obteve conceito “0” (não realiza) em 8,8% do total de avaliações realizadas. O item diz respeito à identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

A intersetorialidade nada mais é que a relação do setor da saúde com um ou mais setores de outras áreas, a fim de atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma forma mais abrangente do que se agisse apenas o setor saúde

individualmente (TEIXEIRA & PAIM, 2002). Além disso, sabe-se que uma das propostas da Saúde da Família, de acordo com Finkelman (2002), é a prestação de assistência que vai além do corpo biológico, sendo capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade. Para tanto, devem ser incluídas ações que ultrapassem os limites das unidades de saúde e atinjam também o contexto social, cultural, político e econômico dos indivíduos, buscando promover a saúde desses. Por isso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) traz como proposta que as intervenções em saúde sejam ampliadas de forma que a organização da atenção e do cuidado crie mecanismos de mobilização e participação de vários movimentos sociais, através da construção de parcerias.

Porém, para a realização desse trabalho, faz-se importante a disposição dos profissionais para atuar com essa visão de intersetorialidade, além do conhecimento que dispõem acerca desse tipo de atividade. Torna-se fundamental dedicar-se à formação de profissionais a fim de lidar com esse tipo de trabalho ampliado, para aprimorar os instrumentos do trabalho em saúde e assim buscar cada vez mais a intersetorialidade (CHIESA, 2003).

De acordo com Barbosa et al. (2012), a intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. Sendo assim, a fim de buscar o aprimoramento na identificação de parceiros e recursos na comunidade em que atuam, é preciso que seja proporcionado aos trabalhadores envolvidos o conhecimento necessário acerca desse assunto, de forma que estejam apropriados dos saberes e possam, por si só, pensarem em estratégias que busquem a efetivação de ações intersetoriais em suas respectivas unidades de saúde.

A segunda questão a ser destacada refere-se ao item 8.13, o qual obteve conceito "0" (não realiza) em 7,9% das avaliações realizadas. Esse item diz respeito a dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando assim a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os Conselhos de Saúde são os órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS, presentes em cada esfera de governo, fazendo parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, estados e do governo federal. Os conselhos devem funcionar mensalmente, com infraestrutura que dê suporte ao funcionamento e com ata registrada ao final de cada reunião. Além disso, de acordo com a Lei nº 8.142/90, devem fazer parte dos

Conselhos de Saúde representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço. A composição deve ser paritária com 50% de representantes de usuários e o restante dividido entre os demais segmentos.

Em Porto Alegre, há Conselhos de Saúde organizados da seguinte forma: o Conselho Municipal de Saúde, que trata as questões referentes ao município como um todo; os Conselhos Distritais de Saúde, divididos em 13 no município, que discute os assuntos pertinentes a cada um dos respectivos distritos; e por último os Conselhos Locais de Saúde, que aborda as questões referentes a cada unidade de saúde.

Porém, para que estes Conselhos Locais sejam atuantes em suas comunidades, é preciso que os usuários tenham conhecimento acerca de existência e funcionalidade, além de serem estimulados a participarem e entendam a importância de seu envolvimento nas deliberações e decisões a serem tomadas. De acordo com Matuoka e Ogata (2010), no caso dos conselhos locais de saúde, a proximidade entre gestores, profissionais e usuários faz com que os conselhos sejam apontados como lugares privilegiados para o exercício da democracia participativa e, conseqüentemente, do controle social sobre os serviços de saúde. Infelizmente, essa invisibilidade muitas vezes vivida pelos Conselhos Locais de Saúde, acaba prejudicando seu reconhecimento até dentro da comunidade em que atua, pois nem sempre os usuários dos serviços de saúde conhecem o conselho da unidade que frequentam ou entendem sua finalidade, o que acaba por resultar em uma baixa participação da comunidade em suas reuniões (BUSANA et al., 2015).

Exatamente para evitar essa invisibilidade e falta de conhecimento acerca do Conselho Local nas unidades de saúde, é que se faz importante a divulgação e mobilização da comunidade na efetivação desses espaços.

A terceira questão a ser destacada refere-se ao item 8.11, o qual obteve conceito "0" (não realiza) em 6,7% das avaliações realizadas. Esse item diz respeito a ainda tímida participação do trabalhador nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da unidade de saúde e na pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na unidade de saúde, por parte dos trabalhadores. Porém, para fazer educação na saúde e contribuir nos processos de ensino-aprendizagem, é importante que seja disponibilizado ao trabalhador o conhecimento acerca do funcionamento dessas atividades e de como ele pode contribuir nesse processo.

Neste momento, cabe destacar o que nos traz Feuerwerker (2007), que menciona que a educação na saúde é um campo de produção de conhecimento, tanto

interdisciplinar quanto transdisciplinar, sendo um campo de saberes e de práticas sociais sempre em processo de constituição e construção. Ou seja, é um campo de conhecimento desenvolvido pelos trabalhadores para os trabalhadores. Além disso, Gonçalves et al. (2008) destacam que a educação na saúde no contexto dos serviços de saúde pública tem importantes dimensões a serem tratadas, sendo uma delas a educação permanente em saúde.

Conforme já mencionado em capítulo anterior, a educação permanente consiste em ações educativas que têm como base a problematização do processo de trabalho em saúde e tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Entretanto, Ricaldoni (2006) salienta que ainda se tem presente o desafio de estimular o desenvolvimento da consciência nos trabalhadores sobre a importância da EPS no seu cotidiano, visto que o trabalhador ainda tem a dificuldade de se ver responsável por seu processo permanente de capacitação. Afinal, cita-se tanto a Educação Permanente em Saúde (EPS), mas muitas vezes se esquece de questionar se os trabalhadores de saúde estão cientes de sua importância e de como essa prática pode auxiliá-los em suas atividades e no entrosamento da equipe. Muitas vezes os trabalhadores já fazem atividades de EPS em suas unidades, porém sem usar este conceito, apenas pelo conhecimento empírico dos envolvidos.

Portanto, faz-se importante elucidar a esses trabalhadores os conceitos, estratégias e técnicas que podem ser utilizadas, estimulando a participação nas atividades de educação na saúde e assim aumentar a contribuição de cada indivíduo nos processos de ensino e de aprendizagem voltados aos colegas e à equipe como um todo.

Por último, destaca-se a questão referente ao item 8.12, o qual obteve conceito “0” (não realiza) em 5,4% das avaliações realizadas. Esse item refere-se a frequência (baixa) de realização de atividades de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupo, salas de espera e outros.

Neste momento, é importante elucidar que existe diferença entre os termos “educação na saúde” e “educação em saúde”. A educação na saúde foi tratada nos parágrafos anteriores e diz respeito a atividades realizadas junto aos profissionais das equipes de saúde. Já a educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como um processo de conhecimentos em saúde que visa à apropriação das temáticas pela população a ser atendida, sendo composto por um conjunto de práticas que contribuem para complementar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate

com os profissionais e gestores, de forma a obter uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2006).

Machado et al. (2007, p. 335) complementam trazendo que:

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

Falkenberg et al. (2014) mencionam que as práticas de educação em saúde devem ser inerentes ao trabalhar em saúde. Contudo, muitas vezes são relegadas a um segundo plano no planejamento e na organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão, o que não deveria ocorrer, visto que a educação em saúde é uma atividade que vai para além dos tratamentos clínicos e curativos, que se compromete com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania e que está diretamente envolvida na melhoria da qualidade de vida e na promoção à saúde como um todo (SCHALL; STRUCHINER, 1999). Além disso, é importante destacar outra citação de Schall e Struchiner (1999) que ainda colocam que, tendo em vista sua importância no cotidiano da população, a educação em saúde se sobrepõe até ao conceito de promoção da saúde, visto tratar-se de um conceito mais amplo de um processo que abrange a participação de toda a população na sua vida cotidiana, não apenas daquelas pessoas que estão sob risco de adoecer.

Ademais, é importante enfatizar que as ações de educação em saúde são atribuições de todos os membros da equipe de saúde, portanto necessitam do envolvimento de todos no planejamento e na execução das atividades.

Dentre as atividades a serem realizadas, a questão avaliada destaca como estratégia os grupos e sala de espera, dentre outros.

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), os grupos de educação em saúde se constituem de uma prática fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes. Além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa também é o que aprende, por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes, caracterizando-o, portanto, como um processo mútuo, democrático e solidário.

As atividades em grupo na Atenção Primária tornaram-se uma alternativa para as práticas assistenciais, pois são espaços que favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal, através da

valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde/doença de cada indivíduo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Porém, é importante salientar que o trabalho em grupo só será possível se explorado a partir da subjetividade da própria equipe de trabalho (CANDAU; SACAVINO, 2000). A experiência pessoal, os saberes específicos de cada profissão, as habilidades, o gosto, devem ser estimulados a se manifestar mediante composição com características dos outros componentes do grupo (CAMPOS, 2000).

De acordo com Matias (2017), o que tem se percebido no desenvolvimento dos grupos nas unidades de saúde são ações coletivas de caráter educativo, que visam o aprendizado de diversas formas de viver e lidar com as doenças, que objetivam ao esclarecimento das dúvidas dos usuários e tentam incutir a mudança de hábitos na vida dos indivíduos. Porém, para além de tais contemplações, os grupos buscam a formação de um espaço para o fortalecimento de redes sociais, a criação de vínculo com os profissionais de saúde e serviço e com seus pares, para a experimentação de novas formas de viver.

O trabalho educativo realizado em grupos tem se mostrado fundamental no atendimento das complexidades existentes nos processos de educação e promoção da saúde. Além disso, as atividades em grupos possibilitam o aumento do vínculo entre os usuários e os serviços de saúde (SOUZA et al., 2005). Sendo assim, torna-se imprescindível o engajamento dos trabalhadores no planejamento e na realização dessas atividades, de forma que alcancem uma maior proximidade em relação aos usuários e conseqüentemente produzam uma melhor maneira de condução do processo de cuidado.

6.3 PROPOSTA EDUCACIONAL PARA AS UNIDADES DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.

Tendo em vista os resultados verificados no capítulo anterior, faz-se importante elaborar algumas alternativas de cunho educacional, a fim de colaborar com o cotidiano das atividades dos trabalhadores das unidades de saúde do município de Porto Alegre.

Para tanto, elencaremos uma proposta composta por quatro proposições principais. Sabe-se da importância de elaborar mais propostas a serem utilizadas, porém considerando o teor da presente dissertação optou-se por elaborar apenas uma proposta de acordo com as necessidades educacionais que emergiram dos

trabalhadores através da análise das avaliações. Faz-se importante salientar que se tratam apenas de algumas sugestões, não se esgotando as possibilidades de trabalhar-se os assuntos abordados de outras formas diferenciadas.

Como primeira proposição, trataremos da identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. A primeira atitude a ser trabalhada com a equipe é levar ao conhecimento de todos o conceito de ações interesetoriais e como essas se dão. Para isso, sugere-se utilizar os momentos de reunião de equipe e elaborar uma atividade de educação continuada, a fim de proporcionar a todos os integrantes os conceitos acerca desse assunto. Nesse momento, poderão ser utilizados exemplos de ações intersetoriais de outros locais que obtiveram bons resultados, demonstrando a importância desse trabalho para a comunidade. Em um segundo momento, sugere-se que seja apresentada uma tarefa aos membros da equipe, dividindo-se o território entre eles e demandando um mapeamento dos estabelecimentos que fazem parte da região a qual lhes foi destacada. Nesse mapeamento, devem ser elencados todos os locais que não sejam apenas residências, tais como instituições religiosas, empresas, indústria, comércio, associações, centros comunitários, academias, entre outros. É importante que esse mapeamento seja completo, pois por mais improvável que possa parecer, sempre há alguma ação intersetorial que pode ser realizada.

Após a realização desse mapeamento, os membros da equipe devem reunir-se novamente a fim de compartilhar as descobertas realizadas no território, discutindo sobre o que poderia ser feito à comunidade com as ações conjuntas que podem ser realizadas. Pode parecer um simples exercício, porém esse mapeamento abre portas acerca do conhecimento profundo do território onde a unidade está inserida.

Faz-se importante que os trabalhadores busquem aproximar-se desses locais, através de diálogo em busca de parcerias, pois existem muitos equipamentos sociais e projetos importantes que podem estar sendo realizados dentro de seu território sem que ainda seja do conhecimento da unidade de saúde. Essas atitudes buscarão melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população.

Como segunda proposição, trata-se da dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando assim a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde. A participação da sociedade é um direito garantido pela constituição, que possibilita aos cidadãos que participem da elaboração das políticas públicas e principalmente da fiscalização da aplicação dos recursos, motivos esses que

demonstram o quão necessário se faz a mobilização de que cada vez mais indivíduos participem desses espaços.

Nesse caso, a primeira ação a ser desenvolvida é levar a equipe, representada por alguns membros, para dentro das reuniões de controle social, a fim de que possam ser esclarecidas quaisquer dúvidas que possam haver a respeito da composição, funcionalidade e objetivos desses espaços. Além disso, sugere-se levar para dentro das reuniões de equipe, em atividades de educação permanente, membros do próprio controle social, a fim de que possam compartilhar suas experiências com os membros da equipe, de forma que os trabalhadores possam compreender a importância do controle social dentro da comunidade que atuam.

Não é possível que um trabalhador promova a mobilização e participação da comunidade em uma atividade que ele mesmo não acredite, ou que não tenha o conhecimento acerca do funcionamento e dos objetivos desses espaços. Portanto, essa aproximação do controle social com a equipe de saúde proporcionará aos trabalhadores uma maior compreensão e, conseqüentemente, a maior divulgação desse espaço social à comunidade. O controle social deve atuar junto à equipe e em prol de serviço de qualidade prestado à população.

Já a terceira proposição tratará da participação do trabalhador nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da unidade de saúde e na pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na unidade de saúde, por parte dos trabalhadores. Nessa questão, utilizar-se-á um apontamento proferido no evento de discussão de resultados, onde foi colocada a importância da educação em educação permanente em saúde, ou seja, de levar ao conhecimento do trabalhador essa ferramenta tão rica que pode ser utilizada diariamente nas suas atividades rotineiras. A EPS é apenas uma das ferramentas que pode e deve ser utilizada a fim de mobilizar a participação do trabalhador, mostrando o quanto a troca de experiências e a construção coletiva são válidas e eficientes no trato da comunidade.

Porém, para isso, primeiramente deve ser proporcionado aos trabalhadores o conhecimento necessário acerca dessa ferramenta, através de ações de educação continuada. Por mais que a EPS seja uma ferramenta muito eficiente, ainda se fazem necessários momentos de explanação acerca de conceitos, proporcionando a carga teórica necessária para que as experiências extrínsecas possam ser experimentadas. Sugere-se, primeiramente, uma ou mais ações de educação continuada que

proporcionem à equipe o conhecimento acerca dos assuntos de EPS e educação na saúde, de que forma pode ser abordada e quais as táticas e estratégias para isso.

Após esse primeiro momento de proporcionar o conhecimento, deve-se possibilitar aos trabalhadores que esses sejam os responsáveis por elaborar as atividades dentro da equipe, separando-os em pequenos grupos aleatórios, com temas trazidos por eles mesmos a partir das demandas locais, que entendam ser pertinentes para serem debatidos nesses espaços. Nesse momento, cabe também ao gestor local estimular que os trabalhadores usem sua criatividade, a fim de estimular a participação de todos os presentes, fazendo com que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das unidades, mostrando que todos os membros da equipe são atores imprescindíveis na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos nos locais onde atuam.

Derradeiramente, a quarta e última proposição tratará da baixa frequência de realização de atividades de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupo, salas de espera e outros. Nesta última proposta, o papel do gestor local é imprescindível, visto que esse conhece o perfil de cada trabalhador de sua unidade, sabendo determinar quais os membros têm mais facilidade com determinados temas a serem abordados. Cabe salientar que se sabe que nem todas as pessoas possuem facilidade em expressar-se para um grupo de pessoas, porém essas podem auxiliar na organização da elaboração das atividades. Paralelamente, sabe-se que há outros trabalhadores com mais facilidade de expressão e que não se incomodam em fazer explanações quando necessário. Exatamente por essas questões que o papel do gestor local é primordial, a fim de organizar os grupos de trabalho, de forma que os trabalhadores envolvidos se sintam confortáveis com seus papéis a serem desempenhados.

Após essa identificação, deverão ser definidos os temas a serem abordados, de acordo com a realidade de cada unidade de saúde e o momento em que se encontram. Por exemplo, em um dia em que o maior número de atendimentos será prestado às gestantes, proceder-se-á com a elaboração de uma atividade cujo tema aborde algo relacionado à gestação ou cuidados com o bebê, fazendo com que o tema proposto atraia a atenção da população que ali se encontra. Essa definição de temas deve ser efetuada em conjunto com a equipe, analisando-se os indicadores de cada unidade, a fim de demonstrar quais as necessidades detectadas naquela determinada região.

Os maiores problemas apresentados na comunidade poderão ser trabalhados em grupos específicos, priorizando as demandas de saúde daquela comunidade. Nesse quesito, há experiências positivas nas unidades de saúde do município de Porto Alegre, tais como grupos de caminhadas para hipertensos, grupos de tabagismo, entre outros. Essas experiências demonstram o quanto essas atividades têm se mostrado eficientes no combate aos problemas de saúde apresentados no território onde atuam.

O mais importante é sempre estimular os trabalhadores a participarem dessas atividades, demonstrando o quanto o seu trabalho pode fazer a diferença na vida das pessoas daquela região. É partir do “micro” para conseqüentemente alcançar o “macro” e proporcionar alterações no histórico local, através do envolvimento de todos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou analisar as avaliações de desempenho aplicadas aos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde, vinculados ao IMESF, no ano de 2016, de forma que fosse possível apontar necessidades educacionais que emergem desses trabalhadores. Cabe salientar que as avaliações de desempenho, até então, eram vistas apenas como uma ferramenta de avaliação individual, um meio de verificar se um determinado trabalhador está efetuando seu papel corretamente, de acordo com o que é preconizado pelo SUS e esperado pela gestão.

Além disso, faz-se importante colocar que a presente dissertação não serviu apenas como material para cumprir exigência acadêmica do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, mas também auxiliou na inquietação pessoal da pesquisadora como trabalhadora do setor de Recursos Humanos, que observava os dados disponíveis para análise, porém não havia tempo hábil que permitisse a análise aprofundada desses dados.

Até o presente momento, não se havia parado para pensar na riqueza de informações que é possível extrair desse tipo de conteúdo, sendo permitido analisar não apenas individualmente, mas também como um todo, o cenário da Atenção Primária em Saúde no município de Porto Alegre – RS. Faz-se importante esclarecer que os dados disponibilizados permitiriam um desdobramento ainda maior de informações a serem analisadas e levadas à reflexão, porém devido à concentração desprendida no enfoque proposto, a pesquisadora deteve-se nas informações mais relevantes à presente pesquisa.

Outro ponto a ser destacado foi o incentivo recebido pela gestão do IMESF e da Secretaria Municipal de Saúde na elaboração desse trabalho de conclusão de Mestrado Profissional, visto que os resultados provenientes dessa poderão ser utilizados de forma a possibilitar o desenvolvimento dos trabalhadores da APS e, conseqüentemente, aprimorar o serviço prestado ao usuário individualmente e à comunidade pertencente ao território onde as unidades estão inseridas.

Ao se apresentar o contexto da população participante da pesquisa, nota-se o quão útil pode se mostrar a análise dos dados disponibilizados, trazendo à tona a caracterização geral dos trabalhadores que fazem parte da APS do município de Porto Alegre. Tornou-se possível analisar quesitos como faixa etária, tempo de serviço versus faixa etária, sexo versus tempo de serviço, faixa etária versus escolaridade, sexo versus escolaridade, trabalhadores com pós-graduação entre outros, dados

esses que muitas vezes passam despercebidos pelos gestores, mas que são de extrema relevância ao se elaborarem estratégias direcionadas às unidades de saúde e aos trabalhadores em si.

Após a caracterização da população participante, realizou-se o levantamento das necessidades educacionais que emergiram desses trabalhadores, de acordo com as avaliações efetuadas e que se mostraram com desempenho inferior às demais. Ao ter-se ciência das questões mais delicadas que surgem dos trabalhadores, torna-se possível o planejamento de atividades direcionadas especificamente a essas questões, de forma que os problemas sejam tratados diretamente em sua fonte.

Fez-se importante não apenas apontar os itens cujo desempenho se mostrou inferior, mas também elaborar uma proposta educacional e fim de auxiliar no desenvolvimento dessas problemáticas apresentadas. Sabe-se que há muitas técnicas e ferramentas a serem utilizadas com esse fim, porém se buscou apenas apontar algumas simples ideias que podem auxiliar na melhoria dos resultados apresentados.

Dada a importância dos assuntos abordados, torna-se necessário um planejamento estratégico aprofundado, a fim de tornar possível que os dados provenientes das avaliações de desempenho aplicadas aos trabalhadores possam ser anualmente analisados, buscando demonstrar a evolução ou o retrocesso de acordo com os dados dos anos anteriores, e permitindo assim melhoramentos do processo e a busca contínua do aperfeiçoamento da gestão local dos recursos humanos em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão e LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total.** RAUSP - Revista de Administração - v. 33, n. 2. São Paulo: FEA/USP, abril/junho 1998. p. 40-51.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA Maria de Lourdes Silva M.; BARBOSA, Pedro Marco Karan. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012;33(1):56-63.

BARROS, Adil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3 ed. São Paulo: Makron, 2007.

BERGAMINI, Cecília Whitaker; BERALDO, Deobel Garcia Ramos. **Avaliação de desempenho humano na empresa.** 4. ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 25 de novembro de 2003. Brasília, DF. CNS, 2003.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 22. ed. atual. São Paulo: Rideel, 2016.

_____. Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de fev. 2006, p. 3.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez. 1990b, p.25694.

_____. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006.

_____. **Portaria nº 198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 de fev. 2004, p. 1.

_____. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 de set. 2017, s. 1, p. 68.

_____, Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha SchullerBuss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto contexto - enferm.** 2015, vol.24, n.2

CABRITO, Belmiro Gil. **Avaliar a qualidade em educação**: Avaliar o quê? Avaliar como? Avaliar para quê? Cad. Cedes, Campinas, vol. 29, n. 78, p. 178-200, maio/ago. 2009.

CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997.

CECCIM, RicardoBurg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 9(16): 161-178, set. 2004-fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero de formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação permanente em saúde**. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> >. Acesso em 24 out. 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Desempenho humano nas empresas**: como desenhar cargos e avaliar o desempenho – 4. ed. – São Paulo: Atlas, 1998

_____, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **Recursos Humanos**: o capital humano das organizações. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

CHIESA Anna Maria. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Nursing** 2003; 64(6): 40-6.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2007.

CORREA, Gilson Luiz Borges Correa. Gestão de Pessoas no Sistema Único de Saúde: o desafio da qualidade de vida no trabalho. In: PEREIRA, Mauricio Fernandes et al. (Org.). **Contribuições para a gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteaux, 2013. p. 105-130. (Coleção Gestão de Saúde Pública, v.3)

DALMAU, Marcos Baptista Lopez; BENETTI, Kelly Cristina. **Avaliação de desempenho**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009, 176p.

DESSLER, Gary. **Administração de recursos**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

FINKELMAN Jacobo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 237-95.

FONSECA, Claudio D.; SEIXAS, Paulo Henrique D. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.

GUIMARÃES, Paulo Ricardo Bittencourt. **Métodos Quantitativos Estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

KIELWAGEN, Edson Klaus. **Administração de recursos humanos**. Indaial: ASSEVI, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LUCENA, Maria Diva da Salete. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, vol.12, n.2, pp.335-342.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção conceitual**: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. 2005. Disponível em:

<<http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em 24 out. 2016.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MATUOKA, RenataInahara; OGATA, MarciaNiituma. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

MELO, Luciana. A saúde da família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde! **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 35/36, n.1, p.40-53, maio/dez. 2013.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, jun. 2009.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C.PSF, descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da Família e SUS: convergência e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67-92.

OLIVIER, Marilene. **Planejamento estratégico e gestão de recursos humanos: casos e descasos nas universidades federais**. In: Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 25, 2001, Campinas. Anais...Campinas: ENANPAD, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde / Organização Mundial da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Cristina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: BARROS, André Falcão do Rêgo et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

PINHEIRO, Anderson Daniel. **Avaliação de Desempenho na Empresa X: Um estudo sobre a Eficácia do Processo**. São Paulo, 2011, Porto Alegre, RS

PONTES, Benedito Rodrigues. **Avaliação de desempenho: nova abordagem – 7 ed.** – São Paulo: Ltr, 1999.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 17.131**, de 1º de julho de 2011. Aprova o Estatuto do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e regulamenta a Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 05 de jul. 2011.

_____. **Lei nº 11.062**, de 6 de abril de 2011. Autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), revoga a Lei nº 10.861, de 22 de março de 2010, e dá outras providências. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 07 de abr. 2011, p.2.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:
<<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>>. Acesso em: 26 out. 2016.

RIBEIRO, Antônio de Lima. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Saraiva, 2005.

SCHERER, M. D. A. **O Trabalho da Equipe de Saúde da Família**: possibilidades da construção da interdisciplinaridade, 2006. Tese de conclusão de curso (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHWINGEL, Betina; CAVEDON, Neusa Rolita. Representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN (Org.), Ronaldo (Org.). **Gestão local em saúde**: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

SEIXAS, Paulo Henrique D. **Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional. Brasília, DF, 2002. p. 100-113.

SHICKMANN, Rosane. Gestão Estratégica de Pessoas: Bases para a concepção do curso de especialização em gestão de pessoas no serviço público. In: CAMÕES, Marizaura Reis de Souza; PANTOJA, Maria Júlia; BERGUE, Sandro Trescastro (Org.). **Gestão de pessoas**: base teórica e experiências no setor público. Brasília, DF: ENAP, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA Carmen Fontes, PAIMJamilsonSilva. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: Teixeira CF, Paim JS, Villasboa AL. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 59-78.




VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

_____, Sylvia Constant. **Gestão de Pessoas**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

WERMELINGER, Monica. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

ANEXO A – Formulário de avaliação de desempenho aplicada aos trabalhadores.

IMESF

**Prefeitura de
Porto Alegre**
SECRETARIA DE SAÚDE

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL - IMESF

Avaliado: _____

Matrícula: _____

Cargo: _____

ESCALA DE PONTUAÇÕES: (0) Não realiza (2,5) Insatisfatório (5) Regular (7,5) Satisfatório (10) Muito satisfatório

Assiduidade e Pontualidade	1) Refere-se ao compromisso com o cumprimento do horário de trabalho:	PONTUAÇÃO
	1.1) É pontual no horário de início e término da jornada de trabalho, permanecendo em serviço durante todo o período.	
	1.2) É assíduo, não apresentando faltas injustificadas.	
Disciplina	2) Refere-se a capacidade de observar e cumprir normas e regulamentos:	PONTUAÇÃO
	2.2) Respeita os níveis hierárquicos e a sua Chefia Imediata.	
	2.3) Apresenta organização, disciplina e atenção no trabalho.	
Iniciativa	3) Refere-se a propostas de soluções e sugestões para situações ou problemas, por iniciativa própria, visando a melhoria do trabalho:	PONTUAÇÃO
	3.1) Demonstra iniciativa e proatividade na execução de suas atividades	
Trabalho em Equipe	4) Refere-se a participação e cooperação do profissional no trabalho comum da equipe, bem como a sua contribuição para obtenção dos resultados:	PONTUAÇÃO
	4.1) Se compromete com os objetivos e pactuações da equipe e com os serviços prestados por ela.	
Relações Interpessoais	5) Refere-se ao estabelecimento e manutenção de relações cordiais, contribuindo para a criação de um bom ambiente de trabalho:	PONTUAÇÃO
	5.1) Aceita sugestão e crítica visando seu desenvolvimento e aprimoramento.	
	5.2) Sabe ouvir e respeitar os diferentes pontos de vista.	
Comportamento Ético	6) Refere-se a atitude pautada pelo respeito ao próximo, senso de justiça, impessoalidade nas ações e valorização do conceito de cidadania e do bem público:	PONTUAÇÃO
	6.1) Executa suas atividades com ética e profissionalismo.	
	6.2) Trata as informações e os documentos com o grau de sigilo necessário de acordo com o seu conteúdo.	
EPI, Uniforme e Crachá	7) Uso de EPIS's/uniforme e crachá de identificação:	PONTUAÇÃO
	7.1) Faz uso sistemático do uniforme (por exemplo: jaleco, colete e outros), crachá de identificação e dos EPI's obrigatórios, conforme atividades desenvolvidas na equipe de saúde.	

IMESF

	8) Atribuições comuns aos profissionais que integram as equipes da Atenção Básica	PONTUAÇÃO
Atribuições comuns aos profissionais que prestam assistência na Atenção Básica	8.1) 1. Realiza o registro de suas atividades nos sistemas de informação (e-SUS e outros definidos pela gestão).	
	8.2) Participa no atendimento da demanda espontânea, na realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.	
	8.3) Participa do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada e com identificação das necessidades de intervenções de cuidado.	
	8.4) Participa das reuniões de equipes.	
	8.5) Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB e auxilia no desenvolvimento de atividades internas da Unidade de Saúde que tenham como objetivo o cuidado integral dos usuários, como por exemplo a recepção do usuário, o agendamento de consultas e exames, a organização dos prontuários, realização do Cartão SUS, entre outras.	
	8.6) Discute os casos com a equipe de saúde tendo como foco não apenas a doença dos indivíduos, mas priorizando a abordagem centrada no sujeito/família.	
	8.7) Realiza o cuidado da saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).	
	8.8) Identifica grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, priorizando a assistência desses indivíduos com vistas à equidade na atenção à saúde.	
	8.9) Realiza busca ativa e, quando necessário, notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.	
	8.10) Realiza atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.	
	8.11) Participa na organização das ações de educação na saúde para os trabalhadores da US e contribui nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na Unidade de Saúde.	
	8.12) Realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupos, sala de espera e outros.	
	8.13) Promove a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação/efetivação dos Conselhos de Saúde.	
	8.14) Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.	
	8.15) Realiza ações de controle de doenças e agravos endêmicos ou de importância em saúde pública.	

ANEXO B – Termo de cessão do banco de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Mestrado Profissional

CARTA DE ANUÊNCIA ENTRE INSTITUIÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO EM PESQUISA

Sra. Livia de Almeida Faller

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Avaliação de desempenho como norteadora das práticas de educação nas equipes de atenção primária no município de Porto Alegre", a ser realizada no Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela aluna de Mestrado Fernanda Picetti dos Santos, sob orientação do Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa, com o objetivo de qualificar as práticas de educação das equipes de Atenção Primária do município de Porto Alegre a partir dos resultados das avaliações de desempenho dos trabalhadores.

Necessitamos, portanto, ter acesso aos dados provenientes das avaliações de desempenho aplicadas aos trabalhadores do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) no ano de 2016. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de divulgação científica, assim como nos comprometemos em enviar à instituição, ao término do estudo, o relatório em que os dados foram usados como fonte de análise.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016-CNS que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Na certeza de contarmos com a colaboração e o empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando a disposição para quaisquer esclarecimentos que fizerem necessários.

Ramiro Barcelos, 2600 - 5º andar - sala 528 - Porto Alegre - RS, 90035-003
tel/fax.: (51) 3308-5327 e-mail: roger.rosa@ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Mestrado Profissional


Prof. Dr. ROGER DOS SANTOS ROSA
Pesquisador Responsável

Roger dos Santos Rosa
Professor

(X) Concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação


LÍVIA DE ALMEIDA FALLER
Vice-Presidente do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

Porto Alegre, 04 de setembro de 2017.

Ramiro Barcelos, 2600 - 5º andar - sala 528 - Porto Alegre - RS, 90035-003
tel/fax.: (51) 3308-5327 e-mail: roger.rosa@ufrgs.br



**ANEXO C – Termo de Ciência e Autorização da Coordenação assinado pela
Coordenação de Atenção Básica**



**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 Thiago Frank, matrícula 592629/02

- 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)
- Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "Avaliação de desempenho como norteadora das práticas de educação nas equipes de Atenção Primária no município de Porto Alegre – RS", tendo como Pesquisador Responsável Roger dos Santos Rosa.

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, 18/04/2018.

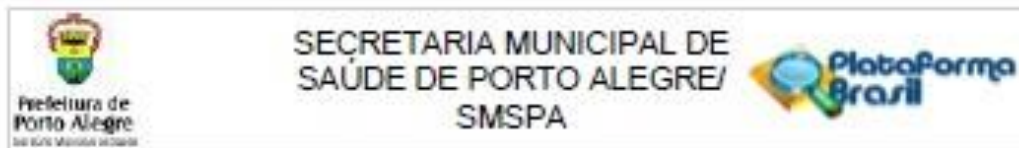
Assinatura e carimbo

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 de áreas 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
☎ 3209.0517 | ✉ cep-sma@sma.prefpoa.com.br; cep_sma@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre / SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de desempenho como norteadora das práticas de educação nas equipes de Atenção Primária no município de Porto Alegre - RS.

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84269818.8.3001.5338

Instituição Proponente: MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.654.482

Apresentação do Projeto:

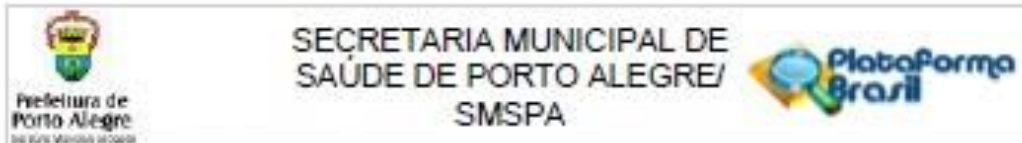
Trata-se de um projeto de pesquisa referente ao "Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde/UFRGS". Tem por objetivo analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA (IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família) é o participante no estudo. É um estudo com uso exclusivo de dados secundários, provenientes das avaliações individuais de desempenho funcional, as quais foram realizadas por suas respectivas coordenações. Com abordagem quantitativa e descritiva, os autores estimam cerca de 1400 avaliações de diferentes categorias de trabalhadores. Os dados serão disponibilizados pela Vice Presidência do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, sem que seja possível a identificação nominal dos participantes em planilha no software Microsoft Excel, os quais serão organizados por categorias seguindo a mesma lógica do formulário da avaliação de desempenho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sma@hotmail.com



Continuação do Protocolo: 3.854.482

Objetivo Secundário:

- a) Identificar as necessidades educacionais que emergem dos trabalhadores e que carecem de novas práticas;
- b) Construir uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todas as precauções no que concerne ao anonimato, confidencialidade e sigilo dos participantes foram tomadas ainda que a identificação nominal dos respondentes, em princípio, não seja possível dadas as características do banco de dados a ser disponibilizado. Os dados terão seu acesso exclusivamente pelos pesquisadores e serão armazenados em local próprio e com segurança digital. Há riscos potenciais relativos à eventual possibilidade de identificação dos participantes por potencial caracterização de um indivíduo caso suas respostas sejam singulares. Não serão realizadas intervenções ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que responderam a avaliação de rotina do IMESF, integrante das avaliações funcionais da Instituição.

Benefícios:

Entre os benefícios, pode-se destacar a disseminação de conhecimentos sobre o desempenho geral da força de trabalho do Sistema Único de Saúde na atenção básica de uma cidade metropolitana, algo que a gestão local do SUS ainda não teve oportunidade de realizar. Não foram localizados estudos semelhantes na revisão de literatura inicial. Espera-se que a presente investigação contribua para o campo de conhecimento da gestão de recursos humanos no setor público, em especial das instituições de saúde. A utilização de um instrumento de avaliação rotineiro, a avaliação de desempenho, para identificar lacunas e propor aperfeiçoamentos nos processos educativos não foi realizada anteriormente e poderá vir a se constituir em atividade usual da gestão do Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: ROGER DOS SANTOS ROGA

Pesquisador assistente: FERNANDA PICETTI DOS SANTOS

Instituição: UFRGS

Tipo de estudo: mestrado

Curso: -

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar	CEP: 90.010-040
Bairro: Centro Histórico	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Processo: 2.854.482

Local de realização: UBS - equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vinculadas ao IMESF.

Data de início: 03/03/2018

Data de término: 31/12/2018

TCLE: Não. Os pesquisadores esclarecem que "Não serão realizadas intervenções ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que responderam a avaliação de rotina do IMESF, integrante das avaliações funcionais da instituição", solicitando LIBERAÇÃO de apresentação de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

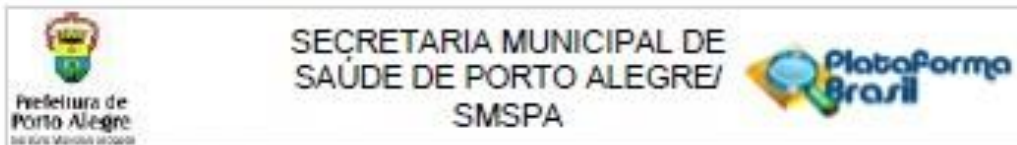
1) Anuência da SMS/ POA na pessoa da coordenação da Atenção Básica. Se a pesquisa engloba " A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA (IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família) é o participante no estudo", então não basta a anuência da vice-presidente do IMESF. Apresentar Termo de Ciência e Autorização da Coordenação assinado pela Coordenação da Atenção Básica, documento disponível no link http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913. Resposta do pesquisador: Foi acrescentado o Termo de Ciência e Autorização da Coordenação assinado pela Coordenação da Atenção Básica, que passa a constituir o Anexo C (p. 30) do presente projeto. Análise: pendência atendida.

2) Incluir no projeto de pesquisa momento de devolução dos achados, já que se trata de um assunto relevante à gestão de pessoas da SMS/POA e IMESF.

Resposta do pesquisador: Foi incluído no projeto um item específico, sob numeração 4.7, destinado para a "Disseminação e Devolução dos Resultados" (p. 19).

Análise: pendência atendida.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sme@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.854-402

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1099208.pdf	25/04/2018 00:59:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFernanda20180424CEPVersao2.pdf	25/04/2018 00:55:40	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2602932_SMS_1.pdf	25/04/2018 00:33:51	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Outros	TCUDProjetoFernanda20180315CEP.pdf	16/03/2018 00:16:07	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaAusenciaTCLEProjetoFernanda20180303CEP.pdf	03/03/2018 02:35:58	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFernanda20180303CEP.pdf	03/03/2018 02:24:06	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

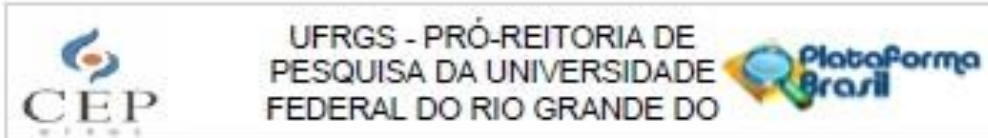
Não

PORTO ALEGRE, 15 de Maio de 2018

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_smsa@hotmail.com

ANEXO E – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de desempenho como norteadora das práticas de educação nas equipes de Atenção Primária no município de Porto Alegre - RS.

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84269818.8.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.556.527

Apresentação do Projeto:

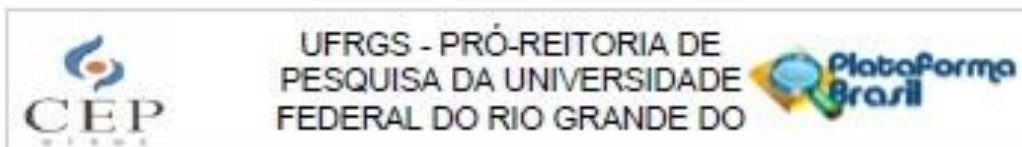
Trata-se de um projeto de pesquisa referente ao "Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde/UFRGS" da aluna Fernanda Ficetti dos Santos, sob orientação do Prof. Roger dos Santos Rosa. Tem por objetivo analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA (IMEGF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família) é coparticipante no estudo. É um estudo com uso exclusivo de dados secundários, provenientes das avaliações individuais de desempenho funcional, as quais foram realizadas por suas respectivas coordenações. Com abordagem quantitativa e descritiva, os autores estimam cerca de 1400 avaliações de diferentes categorias de trabalhadores. Os dados serão disponibilizados pela Vice-Presidência do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, sem que seja possível a identificação nominal dos participantes em planilha no software Microsoft Excel, os quais serão organizados por categorias seguindo a mesma lógica do formulário da avaliação de desempenho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS no ano de 2016.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima CEP: 91.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3306-3738 Fax: (51)3306-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Protocolo: 2.558.527

Objetivos específicos:

- a) Identificar as necessidades educacionais que emergem dos trabalhadores e que carecem de novas práticas;
- b) Construir uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre.
- c) Construir uma proposta educacional para as unidades de saúde de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Todas as precauções no que concerne ao anonimato, confidencialidade e sigilo dos participantes foram tomadas ainda que a identificação nominal dos respondentes, em princípio, não seja possível dadas as características do banco de dados a ser disponibilizado. Os dados terão seu acesso exclusivamente pelos pesquisadores e serão armazenados em local próprio e com segurança digital. Há riscos potenciais relativos à eventual possibilidade de identificação dos participantes por potencial caracterização de um indivíduo caso suas respostas sejam singulares. Não serão realizadas intervenções ou modificação intencional em variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que responderam a avaliação de rotina do IMEGF, integrante das avaliações funcionais da Instituição."

Benefícios: "Entre os benefícios, pode-se destacar a disseminação de conhecimentos sobre o desempenho geral da força de trabalho do Sistema Único de Saúde na atenção básica de uma cidade metropolitana, algo que a gestão local do SUS ainda não teve oportunidade de realizar. Não foram localizados estudos semelhantes na revisão de literatura inicial. Espera-se que a presente investigação contribua para o campo de conhecimento da gestão de recursos humanos no setor público, em especial das instituições de saúde. A utilização de um instrumento de avaliação rotineiro, a avaliação de desempenho, para identificar lacunas e propor aperfeiçoamentos nos processos educativos não foi realizada anteriormente e poderá vir a se constituir em atividade usual da gestão do Sistema Único de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As categorias de análise do estudo são as mesmas categorias do Formulário de avaliação de desempenho disponibilizada pelos pesquisadores, quais sejam: assiduidade e pontualidade, disciplina, iniciativa, trabalho em equipe, relações interpessoais, comportamento ético, EPI, uniforme, cracha e atribuições comuns aos profissionais da Atenção Básica.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Ferropilha CEP: 91.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3306-3736 Fax: (51)3306-4085 E-mail: e10e@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.558.527

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tem inclusa uma carta de solicitação de dispensa de TCLE, visto ser um estudo de banco de dados.
Carta de anuência do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família assinada.
TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados secundários) assinado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Indicado para aprovação, visto que incluiu a SM3PA como coparticipe no estudo e incluiu o TCUD.

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_1070486.pdf	16/03/2018 00:18:38		Aceito
Outros	TCUDProjetoFernanda20180315CEP.pdf	16/03/2018 00:16:07	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaAusenciaTCLEProjetoFernanda20180303CEP.pdf	03/03/2018 02:35:58	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFernanda20180303CEP.pdf	03/03/2018 02:24:06	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	03/03/2018 01:59:15	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

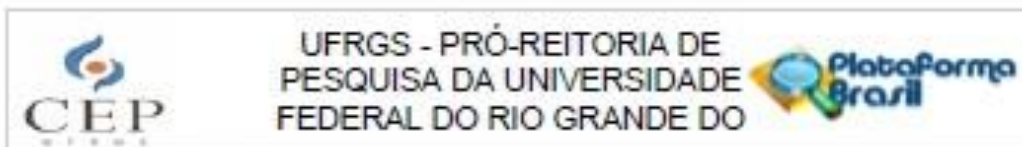
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferrouilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3306-3738 Fax: (51)3306-4085 E-mail: eilce@propesq.ufrgs.br



Continuação do Protocolo: 2.558.527

PORTO ALEGRE, 22 de Março de 2018

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Ferrouilhita CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3306-3736 Fax: (51)3306-4085 E-mail: elice@propesq.ufrgs.br