

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS SOCIAIS**

JANAÍNE RAQUEL DE BORBA

**ENTRE O TRABALHO REAL E O PRESCRITO: A INVISIBILIDADE DOS
COORDENADORES DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Santa Cruz do Sul

2022

JANAÍNE RAQUEL DE BORBA

**ENTRE O TRABALHO REAL E O PRESCRITO: A INVISIBILIDADE DOS
COORDENADORES DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho Final de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC – como requisito parcial para o título de Mestra em Psicologia.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Cristiane Davina Redin Freitas

Coorientador(a): Prof.^a Dra. Karine Vanessa Perez

Santa Cruz do Sul

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Borba, Janaíne Raquel de

Entre o trabalho real e o prescrito: A invisibilidade dos coordenadores das estratégias de saúde da família (ESF) do sistema único de saúde (SUS) / Janaíne Raquel de Borba. – 2022. 154 f. ; 297 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Cristiane Davina Redin Freitas.

Coorientação: Profa. Dra. Karine Vanessa Perez.

1. Psicodinâmica do Trabalho. 2. Coordenador de Serviço. 3. Saúde Pública. I. Freitas, Cristiane Davina Redin . II. Perez, Karine Vanessa . III. Título.

JANAÍNE RAQUEL DE BORBA

**ENTRE O TRABALHO REAL E O PRESCRITO: A INVISIBILIDADE DOS
COORDENADORES DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

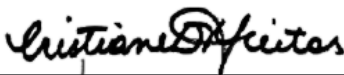
Trabalho Final de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC – como requisito parcial para o título de Mestra em Psicologia.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Cristiane Davina Redin Freitas

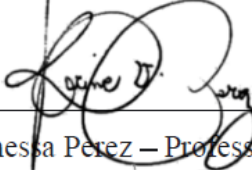
Coorientador(a): Prof.^a Dra. Karine Vanessa Perez

Aprovada em: Santa Cruz do Sul, 18 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:



Dr^a Cristiane Davina Redin Freitas – Professora Orientadora – UNISC



Dr^a Karine Vanessa Perez – Professora Coorientadora – UNISC



Dr^a Silvia Virginia Coutinho Areosa – Professora Convidada – UNISC

Documento assinado digitalmente



CARMEM REGINA GIONGO

Data: 28/02/2023 11:50:03-0300

Verifique em <https://verificador.itl.br>

Dr^a Carmen Regina Giongo – Professora Convidada – FEEVALE

RESUMO

Este estudo apresenta uma pesquisa-intervenção que teve como objetivo compreender, em maior profundidade, a organização do trabalho das Coordenadoras de Serviço das Estratégias de Saúde da Família (ESF). A pesquisa-intervenção, de caráter qualitativo, contou com a participação de 11 Coordenadoras de Serviço das ESFs de um município localizado no interior do Rio Grande do Sul. Vislumbrou-se, ademais, proporcionar maior conhecimento pertinente aos fatores, presentes naquele contexto, que se desdobravam na direção do sofrimento e do adoecimento psíquico. Para além dos aspectos nocivos e adoecedores, buscou-se compreender também as estratégias utilizadas por aquelas trabalhadoras para elaborar o mal-estar causado pela organização do trabalho. Para obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas. A análise dos dados obtidos ancora-se na teoria da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), de Christophe Dejours. Os preceitos metodológicos orientadores desta pesquisa também foram inspirados na PdT, entretanto foi necessária uma adaptação para dar conta do contexto do estudo, o qual foi atravessado pela pandemia COVID-19 no decorrer de toda a pesquisa. Como consequência, todas as intervenções coletivas previstas foram substituídas por intervenções individuais. Os resultados apontam para um distanciamento expressivo entre o trabalho prescrito e o trabalho real realizado por essas profissionais, e, nesta lacuna, emerge o que elencamos como “fator desconhecido do trabalho”, a “invisibilidade do cargo de coordenação” e a “cobrança excessiva por metas” como principais fatores mobilizadores de mal-estar e sofrimento. Por se tratar de um mestrado profissional, possui em seus pressupostos a elaboração de um produto técnico e intervenção, cujo fundamento esteja vinculado com a problemática identificada no percurso da pesquisa. Nesta pesquisa, a intervenção não ocorreu em uma única etapa, ela se desenvolveu ao longo de todo o processo de pesquisa, por meio de entrevistas individuais, encontros com profissionais para elaboração do produto técnico e, por último, da entrega do produto construído para os sujeitos que participaram da pesquisa. Como forma de contribuição à problemática identificada na pesquisa, foi elaborado o produto técnico intitulado “Guia de orientação de trabalho para coordenadores de serviço”. Este guia de orientações tem por objetivo reunir e organizar informações sobre as atividades e responsabilidades destas profissionais, proporcionando maior clareza quanto às atribuições do cargo de coordenação, bem como ser, também, um instrumento facilitador na gestão das pessoas e dos processos de trabalho.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho. Coordenador de Serviço. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study presents an intervention research that aimed to understand, in greater depth, the work organization of the Service Coordinators of the Family Health Strategies (FHS). It envisioned providing greater knowledge relevant to the factors, present in that context, that unfolded in the direction of suffering and psychic illness. In addition to the harmful and sickening aspects, we also sought to understand the strategies used by those workers to elaborate on the discomfort caused by the organization of work. The qualitative research-intervention had the participation of 11 ESF Service Coordinators from a municipality located in the interior of Rio Grande do Sul. To obtain the data, individual, semi-structured interviews were carried out. The analysis of the data obtained is based on the theory of Psychodynamics of Work (PdW), by Christophe Dejours. The methodological precepts guiding this research were also inspired by the PdW, however an adaptation was necessary to account for the context of the study, which was crossed by the COVID-19 pandemic throughout the entire research. As a result, all planned collective interventions were replaced by individual interventions. The results point to an expressive distance between the prescribed work and the real work performed by these professionals, and in this gap, what we list as "unknown factor of the work", the "invisibility of the coordination position" and the "excessive charge for work" emerges. goals" as the main mobilizing factors of malaise and suffering. As it is a professional master's degree, it has in its assumptions the elaboration of a technical product and intervention, whose foundation is linked to the problem identified in the course of the research. In this research, the intervention did not take place in a single step, it was developed throughout the research process, through individual interviews, meetings with professionals for the elaboration of the technical product and, finally, the delivery of the built product to the subjects who participated. of the search. As a way of contributing to the problem identified in the research, the technical product entitled "Guide for work guidance for service coordinators" was prepared. This guidance guide aims to gather and organize information about the activities and responsibilities of these professionals, providing greater clarity regarding the duties of the position of coordinator, as well as being a facilitating instrument in the management of people and work processes.

Keywords: Psychodynamics of Work. Service Coordinator. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
OMS	Organização Mundial da Saúde
PdT	Psicodinâmica do Trabalho
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PERCORRENDO O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO	12
2.1	Caminho Teórico: Psicodinâmica do Trabalho (PdT).....	12
2.2	Caminho Teórico: Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pilar estratégico do SUS e o papel do coordenador.....	15
2.3	Caminho Metodológico: Descrição das etapas da pesquisa.....	20
2.4	Caminho Metodológico: Atravessamentos da Pandemia do COVID-19	22
3	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	26
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.1	Trabalho real e trabalho prescrito: entre o privilégio do assistencial e o castigo da coordenação.....	32
4.2	Identidade e reconhecimento: “No fazer assistencial eu me reconheço e adoço”	43
4.3	Estratégias de mediação do sofrimento.....	53
5	DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO	58
6	APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	75
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE HORAS DE INTERVENÇÃO	80
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA	81
	ANEXO E – PRODUTO TÉCNICO.....	82

1 INTRODUÇÃO

O trabalho não pode ser reduzido apenas a uma atividade de produção geradora de renda e sobrevivência, pois ele desempenha um papel fundamental na construção da identidade do trabalhador. Trabalhar é também transformar a si mesmo na medida em que o sujeito investe a sua subjetividade naquilo que realiza, pois, a partir do trabalho, inteligência e criatividade são expressadas (FACAS; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Os ambientes e tipos de trabalho possuem aspectos e características nocivos (sobrecarga de trabalho, relações socioprofissionais fragilizadas, pressão por metas, etc.) e saudáveis (relações socioprofissionais adequadas, espaço de desenvolvimento, autonomia, fortalecimento do coletivo, etc.). Ambas as características interferem nos processos de saúde e adoecimento dos trabalhadores e compreender esses atravessamentos e como eles se desdobram e se direcionam ora em saúde, ora em adoecimento, se faz pertinente para a construção de espaços de trabalho saudáveis (ARAÚJO, 2010). Esses atravessamentos existentes no trabalho, e que interferem na saúde mental dos trabalhadores, refletem a realidade de muitas organizações e são percebidos tanto no setor público quanto no setor privado.

Esta pesquisa objetivou estudar em maior profundidade os processos de saúde e adoecimento do setor público, em específico da saúde pública. Apesar da finalidade desses espaços estar direcionada para a promoção e prevenção à saúde, infelizmente não está fora e descontextualizada do resto do mundo do trabalho, e percebe-se que um contingente significativo de trabalhadores vem adoecendo, conforme apontam dados de diferentes pesquisas. E é nesta perspectiva, ao investigar as temáticas referentes à saúde e ao adoecimento no trabalho nos serviços de saúde pública, que este trabalho busca se inserir.

Diferentes pesquisas têm apontado a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMCs) nos trabalhadores da saúde. Em um estudo realizado por Monteiro et al. (2016), no Rio Grande do Sul, com 29 trabalhadores da saúde, evidenciou-se que 41,4% dos participantes indicaram ter se licenciado do trabalho para tratamento de problemas relacionados à saúde mental no último ano. Demais produções científicas nesta área apontaram que a prevalência de TMCs variava de 15% a 53% nos sujeitos analisados, indicando a necessidade de um olhar mais atento para esses profissionais e para os seus espaços de trabalho (MONTEIRO et al., 2016; ARAÚJO et al., 2016;

MOREIRA et al., 2017; MATTOS et al., 2017; LOURENÇÃO et al., 2018; BERTUSSI et al., 2018; MELLO et al., 2020; LOPES et al., 2021).

Consoante a isso, a Saúde Pública é um campo de estudo relevante e potente, que está em constante crescimento e transformação. Inserido neste campo, está o Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Diante de tal fato, faz-se necessário dar visibilidade às potências lá encontradas, mas também aos dilemas e contradições presentes neste contexto. Nesse sentido, tem-se que um dos maiores desafios do sistema é a luta pela eficiência dos serviços diante da alta demanda da população. Ademais, outro desafio ainda pouco estudado, muito embora esteja em consonância com a eficiência do serviço, está relacionado às práticas de trabalho dos profissionais que exercem o cargo de coordenação dos serviços dentro das unidades de saúde, sendo eles protagonistas da articulação e execução de todas as políticas e programas do sistema (BUSATO; GARCIA; RODRIGUES, 2019).

O coordenador de serviço tem a responsabilidade de organizar e operacionalizar todo o sistema de saúde que está inserido, de fazer com que cada trabalhador execute a sua função dentro do que está previsto, para que, como resultado, o SUS possa funcionar com toda sua potência, oferecendo atendimento em saúde de qualidade para a população. Entende-se, a partir disso, que esse trabalhador em específico é confrontado com atribuições técnicas e relacionais que vão além do preparo técnico oferecido pela formação acadêmica tradicional, a qual é pautada por processos diagnósticos e terapêuticos específicos das especialidades tradicionais em saúde (FISCHER; HORN; SCHOMMER; SANTOS, 2014).

Nesse sentido, é possível identificar que o alcance dessas ações vai além da mudança somente do trabalho do sujeito que ocupa o cargo de coordenador. Se compreendermos adequadamente o papel e a relevância do coordenador de serviço para o local de trabalho, para a equipe, para o usuário e para as políticas públicas, entenderemos a necessidade e expressividade das ações em prol dos cuidados relacionados à saúde mental desses trabalhadores e, também, que os reflexos dessas mudanças impactarão também no coletivo.

Esta pesquisa objetivou investigar de que modo a organização do trabalho interfere na saúde mental dos trabalhadores que exercem o cargo de coordenadores de serviço, dentro das Estratégias de Saúde da Família (ESF). A pesquisa foi realizada com 11 Coordenadoras de Serviço, no período de março de 2020 a setembro de 2022, em um município no interior do Rio Grande do Sul, localizado a 113 km de distância da capital e com uma população aproximada de

85 mil habitantes. Optou-se por não divulgar o município pesquisado visando manter o anonimato dos participantes da pesquisa. Buscou-se compreender questões relativas à realidade do mundo do trabalho desses profissionais, identificando as fontes de promoção à saúde e cuidados desses trabalhadores e também as fontes de sofrimento e adoecimento. A partir desse entendimento, vislumbramos alternativas e estratégias de enfrentamento para os desafios encontrados.

Este trabalho está apresentado no seguinte formato: o primeiro capítulo, intitulado “Percorrendo o caminho teórico-metodológico: Psicodinâmica do Trabalho”, descreve os pressupostos teórico-metodológicos utilizados na construção desta pesquisa. Neste capítulo, elencamos os principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, teoria que inspirou este trabalho, e do Sistema Único de Saúde, por ser o nosso campo de pesquisa. No segundo capítulo, “Descrição da intervenção”, retratou-se o caminho percorrido nas intervenções realizadas. Para uma melhor compreensão das análises realizadas, no terceiro capítulo apresentaram-se as análises e discussão dos resultados, optou-se por dividir este capítulo em três partes: 1) “Trabalho real e trabalho prescrito: “Entre o privilégio do assistencial e o castigo da coordenação”; 2) “Identidade e reconhecimento: No fazer assistencial eu me reconheço e adoço” e 3) “Estratégias de mediação do sofrimento”. No quarto capítulo, é apresentado de forma detalhada o produto técnico como proposta resultante desta pesquisa-intervenção. No quinto capítulo, é apresentado o artigo produzido e, por último, são apresentadas as considerações finais.

2 PERCORRENDO O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Caminho Teórico: Psicodinâmica do Trabalho (PdT)

A centralidade que o trabalho ocupa na vida das pessoas e a possibilidade de promover saúde ou adoecimento por vezes parecem assustadoras. Pensar de que forma o trabalho favorece as condições de saúde ou doença e a razão desses aspectos ocorrerem em um mesmo contexto, como o fato de pessoas adoecerem e outras permanecerem saudáveis, incentivou essa pesquisa.

Diferentes perspectivas teóricas da Psicologia do Trabalho se debruçam sobre o mundo do trabalho e cuja pauta de pesquisa e intervenção é a realidade vivenciada pelos sujeitos. A presente pesquisa seguiu os pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), que se configura como uma das principais correntes das Clínicas do Trabalho. Essa proposta teórico-metodológica foi criada pelo médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours, entre as décadas de 1980 e 1990, na França. Os estudos deste autor estão centrados em investigar as dinâmicas presentes no espaço de trabalho, que ora conduzem ao sofrimento, ora conduzem ao prazer, e como elas se desdobram na direção da doença mental no trabalho. Ou seja, busca compreender a relação existente entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação dos trabalhadores (DEJOURS, 2009).

Seguindo os pressupostos teóricos deste estudo, entendemos que a organização do trabalho não está somente relacionada à divisão das tarefas entre os operadores, aos ritmos impostos e aos modos operatórios prescritos, mas também, e sobretudo, à divisão dos homens para garantir esta divisão de tarefas, ao sistema hierárquico, às modalidades de comando, às relações de poder, às repartições de responsabilidade e aos sistemas de controle (DEJOURS, 1992).

Essa perspectiva teórica busca compreender os processos psíquicos que mobilizam o sujeito em decorrência do embate que ocorre entre a subjetividade do sujeito e a realidade do trabalho. A subjetividade do trabalhador pode ser entendida como a experiência de si, ou seja, ser afetado ou atravessado por alguma vivência de forma singular. Esta subjetividade é resultante dos processos que vão aquém e além dela, isso significa dizer que ela é resultante tanto dos processos que começam antes dela (fatores biológicos) quanto dos além dela, ou seja, outras situações e relações que se tornam significativos para a constituição do sujeito (MARTINS, 2013).

Faz-se importante destacar que, para esta teoria, o trabalho não é lugar somente do sofrimento ou somente do prazer, um não exclui o outro. Para essa abordagem, eles são indissociáveis: tanto o prazer quanto o sofrimento são resultantes da conciliação da história do sujeito com a organização do trabalho. A PdT está atenta às diferentes forças que estão presentes no contexto de trabalho e que podem contribuir para que este se torne um lugar de saúde ou de adoecimento. Para oportunizar o prazer, o trabalho deve proporcionar ao trabalhador uma atividade psíquica capaz de evitar o sofrimento e ressignificar a relação com o trabalho (MENDES; MULLER, 2013; DEJOURS, 2009).

Diante disso, podemos entender que o modo com que o trabalho está organizado confronta com a atividade mental e subjetiva dos trabalhadores, com suas aspirações, motivações, desejos e necessidades. E é quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos trabalhadores, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, que emerge um sofrimento (DEJOURS, 1992).

Para este autor,

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física (DEJOURS, 1992, p. 52).

Relativo à organização do trabalho, existe o trabalho real e o trabalho prescrito. O trabalho prescrito seria todo o conjunto de prescrições sobre o trabalho, formado por regras, normas e técnicas que direcionam uma forma de fazer um trabalho específico. Seria o conjunto de determinações impostas aos trabalhadores, pela instituição de trabalho, para a execução de suas atividades. Entretanto, o trabalho prescrito não consegue dar conta de todas as situações reais de trabalho em função da diversidade e da complexidade. Neste hiato, emerge o trabalho real, sendo este a maneira desenvolvida pelo sujeito para dar conta das situações de trabalho. O trabalho real é o modo encontrado pelo trabalhador para lidar com as situações reais de trabalho, a exemplo da interação do trabalhador com os instrumentos de trabalho ou com as pessoas que fazem parte do processo de trabalho. E é nesta lacuna existente entre o trabalho prescrito e o real que se encontram as contradições e os desconfortos (COSTA, 2013).

Para a PdT, é esta lacuna existente entre o trabalho prescrito e real que mobiliza o sujeito e instiga o seu investimento subjetivo no trabalho. Este processo, chamado de mobilização

subjetiva, é o que permite a utilização da subjetividade, dos recursos intelectuais e da criatividade para transformar aspectos da organização do trabalho que causam algum sofrimento e, assim, vivenciar o prazer. Dessa forma, a mobilização subjetiva possibilita a transformação do sofrimento a partir da retomada do sentido do trabalho (FACAS; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Um aspecto importante da mobilização subjetiva é a inteligência prática, caracterizada pela criação de uma nova forma de fazer, em que o trabalhador emprega a sua experiência e inteligência no sentido de criar algo novo que dê conta da realização do seu trabalho. A inteligência prática ajuda o trabalhador a resistir ao que é prescrito adquirindo uma invenção própria (VASCONCELOS, 2013).

Porém, quando não há espaço de negociação simbólica entre a situação adocedora e o trabalhador, o sofrimento entra em cena (DEJOURS, 2009, p. 29):

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Frente a isso, podemos entender que, dependendo dos processos psicodinâmicos desenvolvidos pelo trabalhador para dar conta do trabalho, o sofrimento pode se direcionar para dois destinos: a) o sofrimento criativo, onde, por meio da inventividade e engenhosidade, conduz o sofrimento para soluções criativas para os impasses, sendo base mobilizadora para a mudança; b) o sofrimento patogênico, que se desenvolve quando o trabalhador não encontra possibilidades de negociação entre a organização do trabalho e a sua subjetividade, bloqueando a utilização de sua capacidade criadora (MORAES, 2013).

Nesse sentido, a PdT reconhece a existência de mecanismos e estratégias defensivas. As estratégias defensivas podem ser entendidas como recursos inconscientes construídos e utilizados pelos trabalhadores para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho e elaborarem as adversidades vivenciadas por eles, possibilitando uma relativa estabilidade na medida em que são formas de o sujeito suportar a angústia imposta pelo trabalho. As estratégias podem ser tanto individuais, que se manifestam no âmbito singular de cada sujeito, ou construídas de forma coletiva pelos trabalhadores (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013).

Neste sentido, as estratégias de defesa podem proteger contra o sofrimento, mas podem, da mesma forma, conduzir também o trabalhador à alienação. A alienação seria a recusa da

percepção daquilo que faz sofrer, fornecendo uma proteção ao psiquismo que possibilita o sujeito continuar trabalhando sem descompensar psiquicamente. Entretanto, elas não têm efeitos sobre os elementos que geraram ou agravaram o sofrimento e não promovem a emancipação dos trabalhadores (MORAES, 2013).

Para além das estratégias defensivas, que minimizam ou evitam o sofrimento, mas que não modificam a situação sofridora, existe outro modo de mediação do sofrimento: a estruturação das estratégias de enfrentamento. Este conceito, elaborado por Mendes (2007), é caracterizado por maneiras que os trabalhadores criam para enfrentar a situação sofridora, mas, diferentemente das estratégias defensivas, estas modificam a organização do trabalho. Neste sentido, o enfrentamento representa a transgressão do prescrito, criando novas formas de organizar o trabalho, convocando a cooperação entre os pares para realizar tal transgressão (MORAES, 2013).

2.2 Caminho Teórico: Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pilar estratégico do SUS e o papel do coordenador

O SUS, criado há mais de 30 anos, é a política pública de maior inclusão social. Em seus primórdios, o SUS estava focado em campanhas sanitaristas e nos atendimentos nos casos de surto epidêmico. Com o passar dos anos, houve preocupação com a saúde da população de forma mais ampliada, ocorrendo uma transição para um sistema de saúde assistencial, com foco mais curativista. No final da década de 1970, em decorrência das mudanças socioeconômicas ocorridas no país, o modelo médico assistencial, que tinha como foco o tratamento e internação, foi substituído pelo modelo de atenção à saúde, sendo utilizado até a atualidade, cujo foco é a prevenção e promoção à saúde (MENDES, 2019).

O SUS é organizado de forma regionalizada e hierarquizada, em que a rede de cuidados à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado e trabalha com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos. Em todas as ações e serviços de saúde prestados pelo sistema, procura-se reconhecer contextos e histórias de vida e assegurar o adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas.

Dentro da estrutura do SUS, temos a Atenção Básica (AB), que é o primeiro nível de atenção ao usuário e que se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e

coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos. Trata-se da principal porta de entrada dos usuários nos serviços – ela deve ser o contato preferencial dos usuários – e é o centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS. Por isso, é fundamental que ela seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Há diversas estratégias governamentais para dar conta da AB, sendo a principal delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2019).

A ESF, antigo Programa de Saúde da Família (PSF), é considerada como um importante e estratégico pilar do sistema. A história da PSF no Brasil teve início em 1991, seu objetivo era diminuir a mortalidade materno infantil nas regiões Norte e Nordeste por meio da expansão do programa para áreas mais carentes. Entretanto, três anos após a inserção do programa, já se discutiam os resultados positivos e se reforçava a sua assertividade, sendo que o Ministério da Saúde passou a investir cada vez mais no PSF e este se tornou um dos pilares de sustentação do SUS (CORDOBA, 2013). Hoje, as ESFs estão instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, e são unidades de saúde que desempenham um papel central na garantia de acesso, à população, à atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2019).

O SUS é, sem dúvida, um grande avanço em termos de saúde pública e, como dito anteriormente, uma das maiores redes de atendimento, cujo objetivo nobre de existência é combater as desigualdades existentes no acesso à saúde. Por ser uma enorme e complexa rede de serviços para a população, este campo de trabalho é composto por um contingente significativo de trabalhadores, que diariamente unem forças para garantir o acesso à rede de serviços e a um trabalho de qualidade para os seus usuários. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de 2016, são mais de 200 mil profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde) dentro dos serviços de saúde pública (SUMMIT SAÚDE BRASIL, 2020).

Dentro deste importante e complexo sistema, existe uma categoria de trabalhador com papel fundamental, o coordenador de serviço, nomenclatura utilizada para designar o profissional que, além de ocupar um cargo técnico/assistencial dentro da equipe, gerencia diretamente toda a unidade de saúde em que está inserido. Esses profissionais estão na linha de frente do serviço, são responsáveis por colocar em prática as políticas e processos de trabalho, atuam na gestão do

sistema de saúde e da equipe de profissionais e ainda no atendimento técnico aos usuários (FISCHER et al., 2014).

Entende-se, a partir desta perspectiva, que este profissional é um trabalhador importante e necessário para auxiliar no enfrentamento dos desafios e dilemas presentes neste contexto e também para realizar o alinhamento entre o trabalho realizado pelos trabalhadores e as políticas de saúde, o que reflete de forma direta nos serviços prestados pela unidade de saúde. Isso reforça ainda mais a pertinência e a importância de se ter um olhar mais atento para estes profissionais e para as suas práticas de trabalho e de gestão.

Cabe ressaltar, ainda, que o cargo de Coordenador de Serviço, dentro do campo desta pesquisa, é exercido concomitantemente com outra função técnica. Das profissionais entrevistadas, todas exerciam o cargo de Enfermeira Assistencial. Pela representatividade das profissionais com formação em enfermagem na coordenação, este estudo analisará em maior profundidade este cargo e a interface dele com a coordenação.

Quando analisamos a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), até 2017, não existia cargo específico de Coordenação de Serviço, o que pode justificar a estratégia do município pesquisado de acrescentar essas atribuições a outro cargo já existente. Frente a este cenário, as atribuições assistenciais da enfermagem representam maior relevância e destaque se comparadas às atribuições da coordenação dentro da própria política.

Para uma maior compreensão e entendimento da dimensão da atuação e do cotidiano destes profissionais, analisamos a última atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), realizada em 2017, que descreve a estrutura e as competências de cada órgão de saúde da federação, e que elenca também as atribuições do enfermeiro, conforme descrito abaixo.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, as atribuições do enfermeiro são:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (PNAB, 2017, p. 16).

Embora a descrição esteja escrita em uma linguagem acessível, as atribuições não trazem clareza quanto à especificidade e à abrangência. Por exemplo: no gerenciamento das ações da ACS e ACE, seriam todas as ações ou somente as de interface direta com a enfermagem? Onde estão descritas as diretrizes clínicas e terapêuticas mencionadas? Quais procedimentos clínicos? Onde estão os fluxos e protocolos?

Percebe-se, assim, que a política destaca um fazer assistencial, permeado sutilmente por uma supervisão técnica, o que significa um cotidiano de trabalho técnico-assistencial com supervisão de equipe técnica e não do serviço como um todo. Sendo assim, a responsabilidade pela coordenação de todas as pessoas, processos e serviços realizados na unidade não está clara na política em questão.

Entendemos que essa falta de detalhamento abre margem para muitas interpretações equivocadas, ou seja: a PNAB dá um norte generalista. No entanto, sabemos que cada município tem as suas particularidades e políticas em específico, conforme as características sociodemográficas da região. Entendemos, dessa forma, que a política oferece um entendimento amplo que possibilita uma compreensão geral da função, mas não traz clareza sobre aspectos específicos do cotidiano da atuação, principalmente quando relacionado à coordenação do serviço.

Em contrapartida, a última atualização da PNAB, ocorrida em setembro de 2017, uma atualização muito recente na política, insere um novo cargo: o Gerente de Atenção Básica (AB). Conforme a política, recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB (PNAB, 2017).

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do

território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações (PNAB, 2017). Importante ressaltar que, segundo a política, o gerente não deve ser profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que, além disso, deve possuir experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior. Ademais, dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências (PNAB, 2017, p. 18).

Cabe ressaltar que, até 2017, a função de coordenação do serviço não existia explicitamente, ou seja, as atribuições estavam implícitas em outros cargos, principalmente dos(as) enfermeiros(as). Frente a essa atualização da política, em 2017, podemos entender que as atribuições gerenciais e administrativas do Coordenador de Serviço se direcionam para a formação de um novo cargo na saúde pública, o Gerente de AB. A partir disso, é possível constatar a complexidade e pertinência do cargo de coordenador de serviço, bem como a exclusividade de um profissional para o exercício deste cargo, separando, dessa forma, funções técnicas assistenciais da coordenação do serviço.

2.3 Caminho Metodológico: Descrição das etapas da pesquisa

A pesquisa-intervenção foi iniciada em março de 2020 e finalizada em setembro de 2022. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi inspirada na proposta metodológica da PdT, embora adaptações tenham sido necessárias frente aos dilemas da COVID-19, vivenciados no decorrer da pesquisa. Nesse sentido, temos que o principal pressuposto metodológico da PdT é fundamentado na palavra do sujeito, do sujeito em situação de grupo, do coletivo (DEJOURS, 2008), e que o maior distanciamento está relacionado ao caráter coletivo, pois esta pesquisa priorizou o contato individual, realizado na pesquisa de campo e intervenção. Entretanto, destacamos que esta adaptação, este distanciamento, foi imprescindível frente à crise de saúde mundial vivenciada em decorrência da pandemia do COVID-19. Naquele momento, o isolamento social e o distanciamento eram as principais medidas de contenção do vírus e que impossibilitou a realização de intervenções coletivas.

A proposta inicial da pesquisa-intervenção visava a ações no coletivo, entretanto precisou ser readaptada para ações individuais, mas, ainda assim, com foco na identificação das demandas coletivas. A metodologia da pesquisa foi realizada em 05 etapas delineadas:

1. Identificação da demanda a ser trabalhada na pesquisa. Anterior à elaboração da pesquisa, a pesquisadora realizou um trabalho voluntário (04 encontros) dentro de uma das ESF do município pesquisado. O trabalho realizado na ocasião visava prestar um Primeiro Socorro Psicológico para os trabalhadores da área da saúde no momento pandêmico, com objetivo de minimizar as sensações e reações emocionais oriundas da pandemia. Entretanto, nos

atendimentos e ações realizados, com todos os trabalhadores, observou-se que a demanda mais emergente não era a pandemia e sim a resolução de antigos e recorrentes problemas relacionados à organização do trabalho e às relações socioprofissionais. Frente a isso, pesquisas bibliográficas foram realizadas com o intuito de obter informações que, posteriormente, possibilitaram maior compreensão e delimitação do tema e validação da pesquisa, visto ser este um campo inédito de conhecimento e atuação para a pesquisadora.

2. Após a identificação e definição do tema, a pesquisa foi planejada e estruturada. Nesta etapa, foram identificados os sujeitos e o campo de pesquisa, os objetivos, as etapas e os instrumentos. Em virtude de o campo ser a saúde pública, para que todas essas etapas fossem possíveis, a Secretaria de Saúde do município pesquisado teve conhecimento da pesquisa-intervenção através da apresentação de uma Carta de Anuência (Anexo D) assinada e aprovada em 24/11/2020 pela Secretaria de Saúde do Município. A presente pesquisa também foi aprovada pelo comitê de ética sob número 44248721.9.0000.5343.
3. Intervenção inicial: realizada por meio de entrevistas individuais e observações para levantamento de informações e dados para análise, esta etapa metodológica ocorreu entre os meses de junho a dezembro de 2021. Ao mesmo tempo, foi elaborada uma estratégia de criação de um espaço de discussão e reflexão sobre determinada realidade de trabalho. Para realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro com perguntas semiestruturadas (Anexo A). Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o TCLE (Anexo B). Esta etapa da intervenção foi realizada entre os meses de junho de 2021 a dezembro de 2021.
4. Tratamento dos dados e informações: o levantamento de dados e as análises foram realizados concomitantemente, o que contribuiu para a elaboração e construção do material teórico, do produto técnico e da intervenção final. Esta etapa não aconteceu de forma isolada, mas sim durante todo o percurso da pesquisa, atravessando, dessa forma, todas as outras etapas, pois na medida em que se obtinham os dados, eles eram analisados e a partir desta análise o produto técnico e intervenção eram planejados e estruturados.
5. Intervenção Final: após a criação e o desenvolvimento do produto técnico (Anexo E), foi agendado um segundo momento presencial com as profissionais para realizar a entrega técnica e a apresentação do material e do conteúdo desenvolvido. Esta etapa foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2022. Cada ESF recebeu uma cópia do Guia com orientações, que proporcionou novas elaborações. Além da entrega do produto técnico

desenvolvido, foi enviado um *link* de acesso a uma pasta virtual com arquivos de conteúdo e informações que complementam o Guia. Neste arquivo constam políticas do governo e outros materiais teóricos sobre liderança na saúde pública. Nesta pesquisa-intervenção foram realizadas 135 horas de intervenção, conforme documento (Anexo C).

2.4 Caminho Metodológico: Atravessamentos da Pandemia do COVID-19

Cabe ressaltar que todo o percurso de dois anos, proposto pela pesquisa de mestrado, foi realizado durante a pandemia do COVID-19 (síndrome respiratória aguda grave), que atravessou de forma drástica e significativa o desenvolvimento desta pesquisa, especialmente por se focar no campo da saúde. Este relevante fator exigiu alterações e adaptações das estratégias de pesquisa e intervenção.

Liu et al. (2020) pontuam que, diante de um cenário pandêmico, com registro de colapso dos serviços de saúde em vários países por alto número de infectados graves, foi necessário a implementação de medidas emergenciais de saúde pública de interesse coletivo, convocando instituições internacionais, governantes, profissionais da saúde e a população a se mobilizarem em favor do controle e do enfrentamento da COVID-19.

Neste sentido, no dia 11 de março de 2020, a situação de saúde foi declarada como um estado de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Devido ao seu elevado alcance geográfico e alto índice de transmissibilidade, as principais medidas de prevenção da doença foram o distanciamento e isolamento social (OPAS, 2020).

No Brasil, a falta de profissionais, que já era uma necessidade antiga, se tornou ainda mais grave e evidente. Neste sentido, muitos serviços foram fechados e em tantos outros, os profissionais foram realocados, diminuindo o número de profissionais para atendimento nas unidades, frente a um período em que a população clamava por atendimento à saúde, devido ao medo do contágio.

Este contexto, vivenciado no decorrer de toda a pesquisa-intervenção, dificultou o contato com alguns sujeitos de pesquisa, principalmente em virtude da alta demanda de trabalho, visto que esses profissionais estavam trabalhando muito acima da capacidade, pelo fato de que muitas ESFs se transformaram em “Centros de COVID-19”.

Na ocasião da pesquisa, o município estudado contava, em sua estrutura de saúde, com 12 unidades de ESFs. A secretaria de saúde do município encaminhou, para as pesquisadoras, uma lista com o nome das coordenações e o contato telefônico do local, e, em virtude da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), não foi encaminhado contato de e-mail e se reforçou a necessidade de o convite, a ser feito pelas pesquisadoras, ser realizado exclusivamente através do contato telefônico do local.

Foram contactados todos os serviços e os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar. Cabe ressaltar que, das 12 unidades, esta pesquisa contemplou 09, já que, em dois destes locais não contemplados, as coordenadoras não aceitaram participar em virtude do excesso de compromissos e demandas e, no outro local, não foi possível o contato mesmo após muitas tentativas com a participante.

Participaram deste estudo 11 Coordenadoras de Serviço, pois algumas unidades de saúde contavam com duas coordenações no local. Essa condição está relacionada ao número populacional atendido previsto na Política Pública do SUS, que indica uma equipe de ESF para cada 4 mil habitantes, locais com população superior a este número aumenta-se o número de equipes. Frente a isso, duas das ESFs pesquisadas se enquadraram no maior número populacional e contavam com duas equipes que ocupavam o mesmo espaço físico (BRASIL, 2019).

Frente ao contexto pandêmico, foi oferecida a possibilidade de a entrevista ser realizada de forma virtual ou presencial, considerando que esses profissionais já estavam habituados com as reuniões nas plataformas virtuais e que as normas regras de distanciamento e isolamento ainda estavam vigentes.

Como resultado, de forma unânime, optaram por realizar as entrevistas de modo presencial, o que evidenciou ainda mais a necessidade de contato e intervenção com esses sujeitos. Cabe ressaltar que todos os protocolos de segurança relacionados a distanciamento, utilização de equipamentos de proteção individual e higienização foram seguidos rigorosamente, conforme as normas de saúde e segurança nacionais.

Seguindo as etapas metodológicas readaptadas, a primeira etapa da pesquisa-intervenção foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, visando evidenciar alguma demanda do sujeito não prevista no questionário. Sendo assim, as entrevistas ocorreram entre os meses de junho a dezembro de 2021, de forma individual, no local de trabalho dos sujeitos de pesquisa, durante o horário de expediente das profissionais.

Após a etapa da realização das entrevistas, foi possível delinear o perfil das 11 trabalhadoras. As coordenações de serviço das ESFs deste município são formadas de forma unânime por profissionais do sexo feminino, com idade média de 39 anos e todas possuem formação superior em enfermagem. As 11 profissionais possuem especialização em diferentes áreas do campo da saúde (saúde da família, obstetrícia, neonatologia, saúde mental, urgência e emergência, gestão em enfermagem, saúde pública, auditoria, dentre outras) e 08 dessas coordenadoras possuem mais de uma especialização.

Das 11 coordenadoras, 07 profissionais possuem contrato terceirizado e 04 profissionais são concursadas e a carga horária de trabalho semanal é de 40 horas para todas as profissionais. O tempo médio de contrato de trabalho dessas coordenadoras nas ESFs é de 6,5 anos – a profissional com menor tempo de contratação trabalha há 1 ano e 2 meses, e a profissional com maior tempo de contratação há 18 anos. Das 07 profissionais terceirizadas, 03 ingressaram com experiência e conhecimento em saúde pública, e para as outras 04 profissionais foi a primeira experiência na saúde pública.

Abaixo consta uma tabela com informações das participantes. Para preservar o anonimato das profissionais, o nome real foi substituído por nomes fictícios de flores.

Tabela 1: Perfil das trabalhadoras entrevistadas

Nome	Idade	Formação	Especialização	Carga Horária	Tipo de Contrato	Tempo de Contrato
Amarilis	35	Enfermagem	Saúde da Família e Docência	40h	Concursada	08 anos
Magnólia	34	Enfermagem	Saúde Pública e Obstetrícia	40h	Terceirizada	2,6 anos
Violeta	42	Enfermagem	Saúde Pública e Auditoria	40h	Concursada	18 anos
Hortência	28	Enfermagem	Saúde da Família	40h	Terceirizada	4,4 anos
Margarida	34	Enfermagem	Saúde Pública	40h	Terceirizada	08 anos
Gérbera	34	Enfermagem	Saúde Pública e Urgência e Emergência	40h	Terceirizada	03 anos
Hibisco	61	Enfermagem	Saúde Pública e Gestão em Enfermagem	40h	Concursada	08 anos
Lavanda	39	Enfermagem	Saúde Pública e Gestão em Enfermagem	40h	Terceirizada	03 anos
Begônia	41	Enfermagem	Neonatologia	40h	Terceirizada	1,5 anos

Azaléia	39	Enfermagem	Saúde Mental e Urgência e Emergência	40h	Terceirizada	02 anos
Rosa	52	Enfermagem	Docência, Saúde Pública e Saúde Mental	40h	Concursada	13 anos

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa realizada.

3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Iniciamos a descrição da intervenção com um questionamento: Qual a potência dos encontros no processo de reflexão e transformação da realidade de um coletivo de pessoas ou de um sujeito isoladamente? Entendemos que não existe uma resposta única e pronta a esta pergunta, pois o processo de dar-se conta e transformar a realidade é subjetiva, e está conectada às características individuais e ao respeito com o tempo e a história de cada pessoa.

A “conversação” e a “escuta técnica”, realizadas com humildade, respeito e empatia e por intermédio da relação de confiança entre pesquisador e pesquisado, são capazes de promover *insights* que podem incentivar e viabilizar transformações necessárias, pertinentes às situações causadoras de mal-estar, vivenciadas no contexto daqueles sujeitos, evidenciadas no processo de encontro da pesquisa-intervenção. Respeitando os recursos emocionais internos e o tempo de elaboração de cada sujeito, é compreensível que muitas elaborações ocorram em médio e longo prazos.

Nesta pesquisa, identificamos que a potência desse encontro foi possível a partir da construção de um espaço de escuta acolhedor e seguro, que possibilitou também um tempo para que o sujeito refletisse sobre a sua realidade de trabalho e, a partir dessa reflexão, pudesse protagonizar ações importantes da sua vida profissional que até então estavam entorpecidas ou mesmo reprimidas. Foi um momento de acolhimento, que propiciou uma pausa para organizar os pensamentos sobre as suas práticas de trabalho, estabelecer algumas reflexões, planejar algumas mudanças e pensar no futuro. Esse encontro fez emergir informações, saberes e emoções que ecoaram um coletivo de vozes. Não “somente” pesquisar, a metodologia do estudo visou intervir nessa realidade em específico, buscando uma resolutividade para os problemas elencados.

Faz-se importante destacar que a intervenção não ocorreu em etapa única e delineada, mas se desenvolveu no decorrer de todo o processo da pesquisa. Inclusive, para a PdT, a pesquisa por si só é intervenção, na medida em que, ao mesmo tempo que se produz o levantamento de informações, se intervém. Segundo Mendes (2007), o objetivo da pesquisa em PdT é a escuta do sofrimento, a elaboração e a perlaboração, que levam os sujeitos a resgatarem a capacidade de pensar e agir, resgatando a emancipação do trabalhador. Para essa abordagem, a pesquisa é um momento para irrigar o pensamento, transformando-o em um mobilizador para a mudança da organização do trabalho.

A primeira etapa da pesquisa-intervenção foi a realização das entrevistas individuais, que ocorreram entre os meses de junho a dezembro de 2021, no local de trabalho das profissionais. Esta etapa possibilitou percepções valiosas sobre o campo e os sujeitos de estudo, que serão discutidas e analisadas neste estudo. Utilizou-se, para tanto, de um roteiro, semiestruturado, com informações sobre dados demográficos e perguntas norteadoras que possibilitaram a elaboração destes escritos.

Cabe ressaltar, ademais, que o contexto pandêmico, vivenciado pelas trabalhadoras da saúde durante todas as etapas da pesquisa, alterou o cotidiano de trabalho dessas profissionais. Muitos procedimentos de trabalho foram interrompidos, serviços de saúde foram fechados, trabalhadores foram afastados (grupo de risco), outros pediram demissão e tantos outros foram realocados em outras unidades. No início, a sensação era de um caos instalado.

Com o passar do tempo, emergiu a sensação e expectativa de que, frente à diminuição do número de atendimento em virtude da pandemia, haveria tempo para organizarem o seu trabalho, visto que, frente ao isolamento e o distanciamento social, os atendimentos e procedimentos no local diminuiriam. O que não imaginavam é que a organização prevista não se trataria apenas de “colocar papéis em ordem”, pois a dimensão do trabalho a ser realizado ultrapassou demasiadamente as atribuições estritamente burocráticas da função. No momento em que a demanda assistencial foi significativamente reduzida, automaticamente foram emergindo espaços “vazios” na agenda e, nestes “espaços”, renasceu o Coordenador de Serviço. O tempo na agenda permitiu que muitas demandas adormecidas ou colocadas em segundo plano viessem à tona pelo coletivo de trabalhadores.

A pandemia não só travou uma batalha sem armas contra um inimigo, a princípio, desconhecido como também evidenciou, ou até mesmo tornou insustentáveis, algumas situações já vivenciadas por eles no cotidiano de trabalho e que refletiam na realidade do coletivo. A exemplo da desorganização do trabalho, do não cumprimento de regras, dos conflitos e das situações de tensão na equipe, das dificuldades de relacionamentos entre membros da equipe e usuários, etc.

Frente a estas antigas demandas, o medo da morte pela exposição à doença letal não era o maior problema na percepção das profissionais. Não que o medo não existisse, porém, naquele contexto, ele estava sendo sobreposto por estas necessidades relacionadas à organização do

trabalho desses profissionais, evidenciando o efeito danoso pelas adversidades já existentes, referentes à organização do trabalho vividas por aqueles trabalhadores.

A etapa inicial da intervenção foi permeada por muitos momentos de *insights*. Os sujeitos adentravam o encontro “vestidos” de certezas, conceitos, formas de saberes, postura e julgamentos, que, por vezes, transpareciam uma impressão de que estava tudo sob controle, demonstrando postura segura e rígida, com respostas rápidas, “prontas” e objetivas. A sensação inicial era de que dominavam suas atribuições. Porém, no decorrer da intervenção, na medida em que o vínculo de confiança se estabelecia, o espaço se tornava fértil e propício para que permitissem se apresentar, de certo modo, vulneráveis e disponíveis para refletirem sobre a realidade do trabalho. Gradualmente, as respostas foram acrescidas de conteúdo, significados e reflexões.

As perguntas realizadas tinham dois objetivos: 1) oportunizar um momento para organização e reflexão sobre o seu trabalho e suas atribuições e 2) instigar alternativas de reflexão sobre possibilidades para resolver ou minimizar as principais dificuldades identificadas. A entrevista foi organizada em três blocos: o primeiro mais direcionado para pensar questões sobre a organização do trabalho e a rotina, o real do trabalho realizado por elas. O segundo, composto por perguntas direcionadas a investigar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho. No terceiro bloco, perguntas relacionadas às possibilidades encontradas pelas trabalhadoras para enfrentarem as adversidades, sendo mais reflexivo e interventivo, para pensar sobre problemas e soluções, buscando compreender as estratégias utilizadas por elas e as munir de outras possibilidades de enfrentamento.

Para tal, foram utilizadas perguntas, dentre tantas outras que emergiram no momento da intervenção, que serviram como gatilhos de reflexão, como: “O que você já tentou fazer para modificar isso?”, “Você já pediu ajuda para alguém?”, “Será que não tem alguém da sua equipe que possa contribuir nessa situação?”, “Será que não tem alguma outra colega coordenadora que já passou por isso e saiba como te ajudar?”, “Será que essa situação precisa realmente estar com você?”, “Será que essa situação realmente tem solução? E você tem o controle disso?”.

A partir dessas perguntas, reflexões e elaborações foram ganhando espaço e, assim, floresciam novos prismas sobre a realidade. O objetivo era instigar as profissionais a refletirem sobre o seu trabalho e sobre as práticas desenvolvidas por elas e pelo coletivo. A partir daí, emergiu a construção de novos recursos individuais, de ordem emocional e organizacional.

Ressalta-se que este momento também foi importante pois foi o ponto de partida para o fortalecimento do coletivo de trabalhadoras a partir da circulação das palavras.

A circulação da palavra e o fortalecimento do coletivo, se deu através de dois movimentos: o primeiro deles a partir das ideias e sugestões elencadas pelas coordenadoras para darem conta das demandas, mas que até então não eram compartilhadas com o coletivo, sendo sutil e eticamente discutidas na intervenção. E, segundo, através do incentivo de utilizarem o coletivo como recurso, ou seja, se aproximarem das colegas e compartilharem suas dificuldades.

Na medida em que a pesquisadora percebia a repetição de demandas e entendia que em outro local essa mesma demanda já havia sido sanada com alguma alternativa, sutilmente discutia-se sobre. Intervenções como: “Esse problema que você está me descrevendo pode estar acontecendo em outros locais também. Você já conversou com alguma colega coordenadora sobre essa sua demanda?”.

Ao final da etapa inicial, três movimentos importantes puderam ser percebidos: 1) o despertar para uma reflexão mais profunda sobre a importância e o protagonismo do trabalho da Coordenadora de Serviço para a equipe e para a Saúde Pública; 2) o entendimento de que essa coordenação não precisa e não deve ser feita sozinha, já que elas não estão sozinhas, e que, portanto, precisam aprender a pedir ajuda; 3) a valorização do coletivo de coordenadoras como espaço potente de trocas e acolhimentos – um espaço de circulação de muitos saberes que precisam ser compartilhados.

Concomitantemente com a intervenção inicial, realizava-se a análise dos conteúdos e elaboração do produto técnico. A cada leitura e análise aumentava a convicção de que o SUS é um sistema amplo e complexo. Frente a esta constatação e à dificuldade de um entendimento claro sobre os processos, as políticas e o sistema de trabalho, recorreu-se a outras intervenções visando obter maior conhecimento técnico sobre o sistema que possibilitasse a construção de um produto técnico e intervenção realmente eficaz.

Na ocasião da pesquisa, além da pandemia, o setor de saúde do município pesquisado estava passando por mudanças não programadas. O secretário de saúde foi substituído e a coordenadora da atenção básica solicitou exoneração do cargo. Essas mudanças refletiram na dificuldade de acesso e contato com a secretaria de saúde para obtenção de mais informações sobre os processos de trabalho na AB do município. Frente a isso, buscaram-se outros recursos. O primeiro deles foi o contato com outro município, que permitisse o acesso à Secretaria de Saúde

para facilitar o entendimento dos processos e hierarquias do SUS e da Atenção Básica. Acessamos com êxito um município de pequeno porte (menos de 30 mil habitantes), também no interior do Rio Grande do Sul, distante 67 km do município pesquisado. Neste local, foi entrevistada a Secretária da Atenção Básica da gestão anterior. Esta etapa da intervenção foi um momento muito oportuno para compreender que as dificuldades e desafios presentes nas ESFs do município pesquisado também se faziam presentes nas ESFs de outras regiões.

Outra intervenção importante foi a participação ativa e voluntária de uma das enfermeiras coordenadoras de serviço, que participou da pesquisa, na construção do produto técnico. Foram realizados 03 encontros presenciais, com duração de aproximadamente 03 horas, para discussão e organização do conteúdo do produto técnico. Essa ação vislumbrava a assertividade na aplicabilidade e utilização do produto.

Após a criação do produto, deu-se início a terceira e última etapa de intervenção: entrega do material construído com devolutiva e orientações sobre o produto técnico desenvolvido. Esta etapa ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2022. Em tal momento, retornou-se ao campo, com os sujeitos de pesquisa, para entregar e apresentar o material. Esta etapa também aconteceu no local de trabalho das profissionais, de forma individual ou em dupla (na existência de duas coordenadoras no mesmo local).

Nesse retorno ao campo de pesquisa, foi percebido, por meio de diferentes comentários, que as reflexões estimuladas na etapa inicial da intervenção mobilizaram ações e iniciativas. De forma espontânea, as participantes destacaram as principais mudanças realizadas por elas, desde o primeiro encontro. Escutou-se as seguintes falas: “Estou aprendendo a dividir, viu?!”, “Consegui conversar com a fulana, e nem foi tão difícil!”, “Estou orgulhosa de mim, estou aprendendo a me posicionar!”, “Organizei o trabalho burocrático e dividi com a administrativa que fica na recepção, a princípio está dando certo”, “Eu pedi para a outra coordenadora sobre o manual que ela criou do sistema, e ela prontamente me enviou, agora não preciso mais me preocupar com isso”. Nessa etapa da intervenção, foi possível reforçar algumas reflexões, valorizar e reconhecer as mobilizações feitas por elas e entregar um material que possibilitasse a continuidade desse processo.

Foi destacado para elas o quanto esse material foi elaborado e escrito por um coletivo de vozes, preocupado e empenhado em melhorar a realidade vivenciada pelos profissionais que ocupam esse cargo. Esse produto foi criado a partir das necessidades delas e para elas, sendo que

todas participaram direta ou indiretamente nessa construção. Sobre esse viés, ressalta-se que o conteúdo deste produto foi pensado não só para facilitar e fortalecer as coordenadoras nas suas atribuições, mas para que sirva, também, de instrumento para que elas mobilizem os demais trabalhadores da equipe em direção à reflexão sobre o trabalho e para que estimule o protagonismo do trabalhador.

Após a realização das entrevistas e intervenções, o material foi analisado cuidadosamente à luz dos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho. De modo a compreender mais facilmente a discussão dos resultados, estes foram divididos em três categorias:

1. Trabalho real e trabalho prescrito: Entre o privilégio do assistencial e o castigo da coordenação;
2. Identidade e reconhecimento: “No fazer assistencial eu me reconheço e adoeço”;
3. Estratégias de mediação do sofrimento.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Trabalho real e trabalho prescrito: entre o privilégio do assistencial e o castigo da coordenação.

Esta categoria apresenta e analisa a organização do trabalho dessas profissionais, vinculando-as com as vivências de prazer e sofrimento oriundas das características dessa dinâmica, destacando principalmente os distanciamentos existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real exercido por elas, possibilitando a existência de lacunas onde o sofrimento habita e se esconde.

Como dito anteriormente, neste campo de pesquisa, a Coordenação do Serviço é realizada concomitantemente com outra atuação técnica, na sua maioria a enfermagem. Historicamente, a formação e o trabalho dos enfermeiros estavam direcionados a uma natureza técnica e científica, sendo que o cuidado era centrado na tarefa ou no procedimento. Contudo, esse modelo biologicista, centrado na ideologia da cura e focado no individual, avançou para um caminho onde essa profissão passou a ser entendida como uma prática social e como parte integrante de um processo de trabalho em saúde. Mesmo com essa evolução, essas raízes históricas ainda prevalecem em muitas ações em saúde dos profissionais e das instituições (SOUZA, 2012).

Dentro do campo desta pesquisa, o “fazer” do enfermeiro na saúde pública se direciona para um comprometimento social e ético com o cuidado da saúde das pessoas e, nesse sentido, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2013). Intencionalmente, neste estudo, escolheu-se a ESF por entender que ela carrega consigo a maior relação e proximidade com o paciente. Além disso, o local que está inserida é responsável pela execução das principais políticas e programas de prevenção à saúde de forma sistêmica e integrada.

Sob esse viés, percebe-se que a inserção do enfermeiro em uma ESF requer atuação diferenciada de outras práticas exercidas por eles em outros locais, considerando que o enfermeiro pode ser percebido como um dos protagonistas no processo de produção em saúde

dentro dos serviços. É um fazer que tem contato íntimo com a comunidade, com as famílias e com os indivíduos, o que evoca um novo fazer em saúde, que por vezes é interdisciplinar e que foge do modelo de formação centrado na doença (SANTOS; MIRANDA, 2007).

Somado a isso e com referência ao campo pesquisado, as enfermeiras atuam também como Coordenadoras de Serviço. Com este somatório de funções, que abrange, além das atribuições técnicas pertinentes ao cargo, a coordenação de todo o serviço, podemos entender que o trabalho do enfermeiro se diferencia de outros campos profissionais ocupados por essa profissão. O trabalho nesse local proporciona outras exigências que ultrapassam os pressupostos técnicos, já que esse profissional vai coordenar pessoas e processos de trabalho que desconhece tecnicamente. Diante disso, conhecer a organização do trabalho e compreender os embates existentes entre ela e os processos psíquicos dos sujeitos, que formam uma realidade de trabalho, se torna indispensável para a criação de espaços profissionais mais saudáveis e menos adoecedores.

Sendo assim, a partir do conteúdo das entrevistas e buscando compreender a organização do trabalho das Coordenadoras de Serviço, foi possível elencar o trabalho desenvolvido por elas em dois eixos principais:

1. Atribuições assistenciais: atividades relacionadas a sua atuação propriamente dita com o paciente e todos os procedimentos clínicos de saúde disponibilizados a ele.
2. Atribuições de coordenador de serviço: atividades relacionadas com a gestão de pessoas de toda a equipe do local, gestão dos serviços disponibilizados na ESF, gestão de todos os programas e políticas de governo e gestão do patrimônio.

A seguir, trechos das entrevistas, elencando de forma mais detalhada as atribuições assistenciais:

Eu faço as consultas de enfermagem, tem testes rápidos, pré-câncer, encaminhamento mamografia, tem a função do pré-natal, puericultura, teste do pezinho, teste da linguinha, e alguns outros testes de criança. Eu atendo junto com o médico nas consultas de Puericultura e pré-natal e faço sozinha também se o médico não está. Faço o curativo passagem de sonda nasointestinal, visitas domiciliares. Coisa técnica é mais ou menos isso (Amarilis, 35 anos).

O assistencial é basicamente as atribuições mesmo do enfermeiro, como um todo, um generalista. Então é coleta de exames preventivo, o Papanicolau, testes rápidos como HIV, sífilis e hepatite, que a gente faz diariamente, curativo, aplicações, enfim tudo o que cabe ao enfermeiro generalista a gente faz. Consulta de enfermagem, consulta de

pré-natal, consultas de puérpera, pós-parto, visitas domiciliares a gente faz muito (Magnólia, 34 anos).

Hortência, 28 anos, detalha ainda mais as atribuições, abrangendo para um cuidado mais sistêmico ao usuário:

Quando a gente trabalha na ESF a saúde não é apenas aquele conceito que a gente vê na Organização Mundial da Saúde, aqui a saúde envolve muitas coisas, por exemplo, um paciente já veio me pedir ajuda porque a casa estava em condições inadequadas, então entrei em contato com a Defesa Civil para conseguir o material para fazer uma vistoria, mandei um relato de como estava essa casa. Outro já veio aqui dizer que a fossa séptica do vizinho está no seu terreno e me pediu o que fazer. Então a gente atua com essas famílias, literalmente em todas as dimensões possíveis, a gente trabalha com absolutamente tudo. Todo o cuidado. A gente tem um território, uma área de abrangência e tudo que se passa nesse território a gente acaba conhecendo. A gente precisa ter contato com o líder da comunidade, para a gente poder estar trabalhando com eles, sempre pensando no melhor para população.

Complementando as atribuições identificadas através das entrevistas, Santos e Miranda (2007, p. 14) elencam as principais atribuições da ESF em termos assistenciais:

[...]vacinação, grupos de educação em saúde, visita domiciliar, ações de vigilância epidemiológica (notificações de agravos compulsórios, busca ativa de agravos a saúde), consultas dentro de propostas programáticas de avaliação, de acompanhamento, de retorno, médica, de enfermagem ou de outros profissionais, [...], ações intersetoriais de busca de melhoria das condições sociais de tal comunidade (reunião de conselho gestor, atividades com outros setores sociais).

No que tange às atribuições das Enfermeiras Coordenadoras de Serviço, a prevalência das atividades assistenciais sobre as atividades de coordenação do serviço se destaca. De forma unânime, quando questionadas sobre as suas atribuições na função de Coordenadora de Serviço, prontamente iniciaram as suas falas destacando, de forma detalhada, o trabalho assistencial. Em contrapartida, as atribuições da coordenação apareceram de forma mais objetiva e resumida, e elencaram a gestão de pessoas e do serviço como sendo atribuições da coordenação. Inclusive, durante as entrevistas, em muitos momentos foi necessário solicitar a complementação de informações referente às atividades da coordenação.

Sendo assim, somadas às atribuições assistenciais, e não menos importante, encontram-se as atribuições da função de coordenação do serviço:

E da parte da Coordenação é realmente a coordenação da unidade como um todo. Férias, pedido de material, coordenação dos técnicos de enfermagem, do administrativo, dos

médicos, toda a parte então que envolve os funcionários. Seja pedido de afastamento, pedido de férias, qualquer problema, qualquer intercorrência na verdade que tenha na unidade, passa pela gente, é a gente que é chamado (Magnólia, 34 anos)

É muito administrativo. Por exemplo, começa um médico novo, a enfermeira tem que ir lá no administrativo informar que vai começar um médico novo. Organizar a questão da agenda, como que vai atender a sala que ele vai atender, quem define os locais onde vai acontecer os serviços dentro do local normalmente a enfermeira coordenadora. Dá problema com encaminhamentos, que no final das contas vai responder é a coordenação. Depois vem a questão das metas de todos os atendimentos. As metas vêm para eles, mas também vêm para as coordenadoras (Violeta, 42 anos).

E dentro da Coordenação a gente faz a função de recursos humanos. O que é o controle do ponto, alguma advertência, algum chamamento, isso é com enfermeiro coordenador. Alguns encaminhamentos e alguns contatos são também somente com o coordenador. Pela falta de pessoal que a gente tem, muitas vezes além da minha parte como enfermeira assistencial e coordenadora eu faço a parte administrativa. Por exemplo, nas férias do auxiliar administrativo, não vem outra pessoa, então a gente suspende agenda e atua distribuindo medicações (Margarida, 34 anos)

Como coordenadora, eu vou pensar por ordem para não me perder: pacientes que têm queixa, é com a coordenadora; técnicos de enfermagem que tem uma queixa sobre qualquer coisa, é com a coordenadora; falta de material, é com a coordenadora; precisa trocar o toldo lá da frente, que está todo furado, é com a coordenadora; toda parte de material é com a coordenadora; a parte do ponto do RH, tá faltando o técnico de enfermagem, vai entrar alguém de férias, pedido de férias, é com a coordenadora, e colocar alguém no lugar também; por mais que eu tente mandar adiante é o com o coordenador que eles vão tirar satisfação, se vai ter ou não alguém no lugar; medicação em falta, é com a coordenadora. pode não ser comigo, mas é para eu cobrar (Amarilis, 35 anos).

Hortência, 28 anos, contempla com maiores detalhes, as atribuições:

E a parte da Coordenação então, tem a gestão de pessoas, a gestão de recursos materiais também, e todo o cuidado como patrimônio da unidade também. Por exemplo, se queimar uma lâmpada ou se estragar a tampa do vaso sanitário é o enfermeiro que eles chamam para fazer essa troca e para entrar em contato com a prefeitura. A gestão de pessoas, então se está tendo algum conflito a gente tem que intervir, avaliação de desempenho, tem a dos funcionários novos e aquelas de três meses e depois anual. Questões de atestados, eu que organizo, ponto eletrônico, organização para ver se está todos os registros. Organização das férias, banco de horas. São então várias funções. A questão então de recursos materiais, pedidos de materiais, verificação do que está precisando, do quanto está sendo usado. Então a gente tem uma gama de atribuições né. E claro, a gente trabalha com pessoas dentro de uma equipe e essas pessoas são diferentes. Existem conflitos. Existem os colegas que se desentendem com outros, então você tem que intervir nessa situação.

Por mais perceptível que seja essa divisão de atividades entre assistencial e coordenação, no cotidiano de trabalho dessas profissionais, essa percepção não se confirma. Essa divisão entre o trabalho assistencial e o da coordenação do serviço foi uma construção realizada por elas no

decorrer da execução das atividades, pois relataram não existir nenhum documento que pautasse tal orientação.

As enfermeiras destacaram em seus discursos que, durante a formação técnica, é discutido sobre a gestão da equipe de enfermagem, ou seja, elas entendem desde a formação que a liderança de equipe faz parte do trabalho. Entretanto, essa equipe é formada por técnicos e auxiliares de enfermagem e a liderança está relacionada à supervisão dos procedimentos de enfermagem aprendidos na formação.

E o primeiro distanciamento das atribuições tradicionais da enfermagem é a coordenação dos demais profissionais e dos serviços desenvolvidos no local, e não somente a supervisão da equipe e dos procedimentos técnicos de enfermagem. Essa coordenação ampliada exige conhecimentos e abordagens específicos que são desconhecidos pelas profissionais. Em muitas situações, elas precisam tomar decisões sobre situações que não possuem um conhecimento *a priori*, e, diante destas situações, muitas vezes, o conhecimento e formação técnica delas se mostra insuficiente. Ademais, essas trabalhadoras não são treinadas e nem acompanhadas no desenvolvimento de suas atribuições pela instituição contratante.

Nesse sentido, a identificação com as atividades e o investimento do tempo de trabalho nas atribuições assistenciais é muito superior se comparado com as atribuições da coordenação. Apesar de todas as profissionais estarem cientes de que essas duas atribuições são realizadas de forma concomitante e que ambas exigem uma série de atividades diárias, o investimento de tempo de execução está direcionado ao assistencial.

Dessa forma, podemos compreender esse fenômeno a partir de três perspectivas. A primeira está relacionada à formação técnica das profissionais e ao contrato de trabalho. Na sua maioria são graduadas em enfermagem, contratadas para o cargo de Enfermeira, o que direciona fortemente a atuação profissional para a área técnica de assistência, indiferentemente de serem terceirizadas ou concursadas.

A segunda perspectiva está relacionada ao sistema de metas de atendimentos e procedimentos, o que também direciona para o trabalho assistencial. Esse sistema controla exclusivamente os números das atividades assistenciais, onde mensalmente justificam as metas não cumpridas. Já nas atividades da coordenação do serviço, essas métricas não existem. Em contrapartida, as atividades da coordenação exigem a realização de muitas outras atribuições, com investimento de tempo de trabalho, o que interfere na execução do trabalho assistencial, pois

necessitam escolher entre atender as atribuições assistenciais e cumprir as metas ou a coordenação do local. Contudo, o acréscimo das atribuições da coordenação do serviço não diminuiu o número das metas estipuladas nas atividades assistenciais. Assim, necessitam realizar outras atividades e, ao mesmo tempo, manter o desempenho produtivo, visto que mensalmente são cobradas da pelas metas não atingidas.

E, por fim, podemos compreender a terceira perspectiva como um recurso de enfrentamento frente às adversidades identificadas por elas na coordenação do serviço. Neste sentido, foi no “fazer do assistencial” que as trabalhadoras direcionaram o mal-estar sentido por elas na realização da coordenação do serviço. No “fazer assistencial”, encontravam sentido, segurança, valorização e reconhecimento. Todavia, no “fazer da coordenação”, encontravam conflito, dúvida, desorganização, insegurança e ansiedade. Frente a isso, muitas se alienaram em atribuições assistenciais, que, de certa forma, permitia a negação das atividades de coordenação. Essa análise será melhor discutida a seguir, em “Identidade e reconhecimento: No fazer assistencial eu me reconheço e adeço”.

Essas trabalhadoras estavam diante de um cenário diferente do habitual. Ou seja, são enfermeiras capacitadas e formadas tecnicamente para realizarem procedimentos e consultas; são trabalhadoras identificadas com as atribuições técnicas da enfermagem e por isso a escolha pela formação superior na área. Por isso, quando contratadas para o cargo de Enfermeira, a expectativa e entendimento é de um trabalho com atividades de execução técnica. Porém, quando entram no seu campo de trabalho, são convocadas a assumir a coordenação de toda a unidade de saúde, sem receber um treinamento adequado e sem a preparação necessária para absorver o exercício desta função.

Sob essa perspectiva, percebe-se que esse novo cenário se mostrou permeado por muitos desafios e atribuições que estavam aquém da capacidade técnica e/ou comportamental da maioria. Sensações como incapacidade, impotência, ansiedade, dentre outras, começaram a se direcionar para sensações de mal-estar e sofrimento. Para a PdT, é justamente neste distanciamento ou incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o real que as situações de trabalho na direção do desprazer são conduzidas, pois é nessa lacuna que emergem conflitos, contradições e incoerências que suscitam dificuldades aos trabalhadores (COSTA, 2013).

Um dos grandes dificultadores da organização do trabalho prescrito e real, deste campo, é o significativo número de hierarquias no organograma de gestão do sistema SUS (esfera federal,

estadual, regional e municipal). Diante disso, cada esfera tem as suas determinações (trabalho prescrito) e no mais baixo grau de hierarquia (serviço de saúde) são recebidas determinações a serem cumpridas de quatro instâncias de poder diferentes, o que entendemos que está impactando tanto na sobrecarga quanto na organização do trabalho dos profissionais.

Neste contexto, as trabalhadoras iniciam em seus postos de trabalho sem clareza suficiente para começarem suas atividades, o que não significa que não tenham condições técnicas de execução, mas que existe falta de informações sobre a necessidade de execução de determinado trabalho. Nesse sentido, as responsabilidades e atribuições vão sendo descobertas por elas no desenvolvimento das atividades, fato que gera tensão e desprazer, uma vez que muitas atividades são identificadas como necessidade no momento em que acontece uma cobrança, por parte da hierarquia superior, por algo não realizado. Diante disso, a forma desgastante com que são aprendidas, normalmente às pressas e mediante uma cobrança, torna essas atividades penosas, conforme relato abaixo:

Mas na verdade, tu não tem uma orientação que diga como enfermeira assistencial tu vai fazer isso e como coordenadora do local tu vai fazer aquilo. Dentro do posto tem que resolver as coisas dentro das possibilidades que o posto oferece. No sentido da coordenação o que é ruim é que tu já entra com essa função querendo ou não, não é uma opção tua. Não é aquela coisa do tipo “olha tu está sendo contratada como enfermeira e junto tu vai ter a coordenação da unidade, tu tem interesse?”. Tu querer no caso, não tem essa opção. Praticamente nem te avisam que tu é, só tu é (Violeta, 42 anos).

Esses discursos nos remetem a duas questões, uma relacionada à falta de clareza das atribuições do profissional enfermeiro, que vai ocupar a função de coordenador, e outra mais importante ainda, a questão da vontade e do desejo de ocupar essa função. A falta de clareza em relação às atribuições afeta também na execução e agilidade, e essa busca por informações sobre o que e como fazer é desgastante e geradora de apreensão, como os relatos abaixo podem demonstrar:

Minha adaptação foi muito difícil, muito difícil mesmo. Eu não sabia muito bem o que que eu estava fazendo não. O médico cubano, não sabia prescrever uma Amoxicilina, ele era o primeiro médico cubano do município, e que foi cair justamente em mim, logo que eu entrei, tudo junto. Então foi bem estressante porque eu não sabia do meu poder, nem sabia o que que eu tinha que fazer. E muitas vezes eu acabei me quebrando porque eu confiei na orientação de pessoas que eu não deveria ter recebido orientação” (Amarilis, 35 anos).

E a questão do não saber é ruim porque a gente perde muito tempo indo atrás da informação e tu perde o tempo da execução (Magnólia, 34 anos).

Pensando na primeira vez que eu fui numa ESF eu fiquei um pouco assustada, pensei: - meu Deus por onde eu começo? Porque não tem manual, não tem uma receita de bolo que diga que tu vai fazer assim. E daí eu buscava, eu lembro que todo dia que eu chegava em casa eu buscava e estudava, todo dia estudando (Hortência, 28 anos).

Eu vim de hospital, e a enfermeira que estava na ESF na época ficou alguns dias comigo e me mostrou as partes técnica né, tipo de como fazer pré-câncer. Eu nem sabia que Enfermeiro em posto de saúde fazia pré-câncer. Os relatórios de teste rápido, relatórios de conferência, os relatórios de CNS dos profissionais, alguns relatoriozinhos, algumas coisas que ela me passou e que era função do enfermeiro. Ah... Puxar o ponto, eu nunca que imaginava, para mim era muito difícil de ajeitar o ponto e ainda é, para mim não era o enfermeiro, era função do RH, e no fim a gente acaba sendo RH também. Porque se eu tenho problema com alguém é eu que tenho que dizer, eu tenho várias estagiárias da recepção que eu tenho que simplesmente dizer que eu não quero. Várias pessoas passaram por mim que eu tive tomar a decisão e demitir. Eu não sabia desse poder que o Enfermeiro tinha tanto que eles me chamam de chefe e para mim isso ainda é estranho (Amarilis, 35 anos).

O perigo do desconhecimento das funções está no risco de interferir na eficiência dos serviços e até mesmo afetar a descontinuidade das ações e projetos, refletindo, de algum modo, na população e, também, diretamente na equipe, a qual, muitas vezes, clama por assistência e orientação frente às demandas do serviço.

O “fator desconhecido do trabalho” também evidencia o aspecto danoso para a profissional coordenadora, que necessita de um tempo maior que o habitual para compreender e organizar a sua demanda e rotina de trabalho de forma mais qualificada. Se a coordenadora não conseguir construir uma organização e planejamento da sua rotina, compreendendo de forma clara as suas responsabilidades, atribuições e limites, ela corre o risco de, ou ficar paralisada frente às diversas demandas vindas de diferentes lados, ou apenas resolver de forma superficial questões profundas, por ter uma visão limitada da realidade. Como consequência, instantaneamente o problema é trabalhado de forma superficial, ou seja, encontra-se um desfecho para a demanda momentânea, mas ele é não resolvido e, sim, adiado, sendo que, normalmente, tende a emergir numa proporção maior no futuro devido à forma superficial que foi direcionado no passado.

Outra evidência pertinente, destacada nas entrevistas, é a autonomia e a participação ativa nos processos de trabalho do local. Ao mesmo tempo em que as profissionais responderam prontamente que possuem autonomia no trabalho, na medida em que refletiam sobre ela percebiam que não eram tão autônomas quanto pensavam. A autonomia percebida por elas estava relacionada à possibilidade de planejar a sua agenda e bloquear datas ou turnos conforme

necessidade. Entretanto, isso pouco acontece, pois precisam cumprir as metas, e, para isso acontecer, precisam estar trabalhando ativamente e diariamente na parte assistencial. Ao mesmo tempo, associam também à autonomia na tomada de decisão, que de fato não acontece, como demonstra o relato a seguir:

Eles me chamam de chefe na brincadeira né, mas não é chefe, e não é coordenação. Para mim isso ainda não é coordenação. Para mim coordenação é realmente tu tomar certas decisões. E a gente espera decisões da Secretaria de Saúde”. [...] A atual Coordenadora da AB diz que é assim e acabou. Não tem que fazer, tem que fazer assim. Está dito e acabou ou isso não vai poder ser feito assim e acabou. Tanto que hoje em dia eu não ligo mais, porque eu sei que é assim e acabou. Eu nem tento (Amarilis, 35 anos).

A autonomia está intrinsecamente relacionada à participação: seria um envolvimento e protagonismo na definição daquilo que atravessa de alguma forma as nossas esferas de vida. A questão a ser sutilmente analisada nos universos de trabalho está relacionada ao fato de se essa autonomia se constitui de fato como tal ou se é apenas uma pseudoautonomia. Ou seja, não modifica efetivamente as estruturas de poder da organização. A autonomia seria a independência da vontade que possibilita o processo de se construir sujeito frente aquele contexto ou situação (SIQUEIRA, 2013).

A participação e autonomia disponibilizadas no trabalho dessas trabalhadoras praticamente não existem, já que as ações de autonomia oferecidas pela organização do trabalho não alteram nem modificam o trabalho e o desempenho. Essa rigidez engessa a subjetividade das trabalhadoras uma vez que não oferece a possibilidade de elas realizarem-se e construírem as suas identidades por meio do uso da inventividade e criatividade na resolução dos problemas. É nessa impossibilidade de negociação e criação, entre a subjetividade do trabalhador e realidade de trabalho, que o adoecimento entra em cena (FACAS; SILVA, ARAÚJO, 2013).

Essa característica da autonomia observada neste campo é inusitada e revela uma ambivalência existente entre a independência e liberdade e a rigidez e inflexibilidade, ambos relacionados ao trabalho. Conforme evidencia a passagem abaixo: “Eu tenho autonomia para fazer o meu trabalho, mas ao mesmo tempo eu não sou 100% livre” (Margarida, 34 anos).

Dentro do organograma de hierarquia do sistema de saúde no município, o trabalho das Coordenadoras de Serviço é supervisionado pela Coordenadora da Atenção Básica, profissional que pertence à estrutura da Secretaria de Saúde do município. As profissionais com contrato terceirizado possuem ainda mais uma Coordenadora, uma profissional da empresa terceirizada

que se encontra no setor administrativo da empresa contratada. Ou seja, a maioria das trabalhadoras possui duas profissionais que supervisionam o seu trabalho, mas ambas não acompanham direta e presencialmente o trabalho realizado por elas.

Essa característica de supervisão do trabalho pode causar a impressão inicial de um trabalho independente, sem uma gestão direta e presente, o que pode gerar uma falsa sensação de liberdade. Contudo, estão indiretamente condicionadas a regras e metas institucionais, e, portanto, podemos inferir que existe pressão ou força invisível agindo significativamente naquele contexto. Essa força se origina em dois lugares e se direciona a um destino. Assim, a origem está associada à falsa sensação de liberdade e autonomia no trabalho aliado às efetivas cobranças externas realizadas pelas suas supervisoras pelo não atingimento das metas, o que se reflete em comportamentos de autorresponsabilidade, autocobrança e autopunição pelo não atingimento dos objetivos, o que as faz se sentirem culpadas e envergonhadas pela ineficiência. Como destino desse mal-estar, gera-se o sofrimento psíquico, uma vez que não se sentem suficientemente competentes no seu trabalho por entenderem que, para realizarem um bom trabalho, precisam cumprir suas metas.

Os dados discutidos até aqui apontam diferentes atravessamentos da organização do trabalho que se desdobram em direção ao mal-estar e ao sofrimento: dicotomia de função, acúmulo de atribuições, sobrecarga de trabalho, falta de clareza referente ao cargo a ser ocupado, deficiência no sistema de apoio por parte do sistema de trabalho, dificuldades nas relações socioprofissionais, falta de autonomia, pressão por metas, dentre outros. Então, pensar e auxiliar na elaboração de uma organização do trabalho adequado para essas profissionais, que permita um espaço de real autonomia e possibilidades de reordenação das demandas é emergencial, visto que tais situações estão se desdobrando na direção do sofrimento. Para a PDT, este cenário é propício ao desenvolvimento do adoecimento psíquico na medida em que a energia pulsional que não acha mais descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando mal-estar e sofrimento (DEJOURS et al, 2009).

Os resultados evidenciaram as interferências da organização do trabalho nos processos de saúde e sofrimento desses trabalhadores, sendo o sofrimento causado principalmente pelo “fator desconhecido do trabalho”. Diante disso, buscou-se investigar e explorar os materiais já existentes e disponíveis que descrevessem, de forma clara, as atribuições da Enfermeira Coordenadora de Serviço na saúde pública. Cabe destacar que, durante as entrevistas realizadas,

foi investigada a existência de algum documento orientativo, mas as entrevistadas negaram a existência de tal documento.

Neste processo de busca por informações pertinentes, foram selecionados e analisados desde documentos pertinentes à Enfermagem, como a Resolução de nº 3 de 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem, e documentos e políticas disponíveis para consulta dentro dos meios eletrônicos. No decorrer dessa investigação, contudo, encontramos alguns percalços. A localização de um documento único, com esses dados apresentados de forma precisa, não aconteceu de forma intuitiva e facilitada dentro das pesquisas realizadas.

Diante dessa dificuldade, em uma das intervenções realizadas na AB de outro município, com objetivo de complementar a compreensão da organização do trabalho da Coordenadora de Serviço, bem como de aperfeiçoar a pesquisa e o produto técnico, questionou-se também a existência de documentos que descrevessem tais informações. Prontamente, indicaram o site do Ministério da Saúde como o repositório de todas as informações da saúde pública. Imediatamente buscou-se, por meio eletrônico, por tais informações neste local. Todavia, ficou evidente a escassez de materiais que descrevessem de forma precisa as atribuições da Coordenadora de Serviço. As buscas seguiram e outros endereços eletrônicos foram analisados na tentativa de contemplar tal informação. Neste processo, os sites do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e da Prefeitura Municipal foram examinados.

A partir disso, constatamos que as informações existem, porém, não estão organizadas de maneira detalhada e nem de rápido acesso e entendimento, sendo que se faz necessário explorar muitas informações para localizar o conteúdo desejado, o que, de fato, poderia ser mais intuitivo e objetivo, visto a importância da organização das atividades dos profissionais de saúde. Ressalta-se, contudo, que encontramos uma gama expressiva de documentos, com informações variadas e valiosas, mas fragmentadas e apartadas umas das outras, sendo necessário recorrer a mais de um documento para poder compreender, em partes, a atuação desse profissional.

O documento que melhor detalha essa atuação é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Ainda que a descrição das responsabilidades esteja escrita em uma linguagem simples, as reais atribuições deveriam ser mais precisas. Da mesma forma, observou-se que liderança, um componente importante deste cargo, aparece direcionada à equipe técnica de enfermagem, à ACS e à ACE, o que corresponderia com as diretrizes curriculares da formação, que preparam o enfermeiro para liderar equipe técnica e procedimentos, mas não estaria de acordo com o trabalho

real desenvolvido pelas profissionais. Contudo, a atualização da PNAB de 2017 indica a criação de um novo cargo, o Gerente da Atenção Básica, conforme descrito anteriormente. De fato, não sabemos se essa atualização é resultado da identificação da sobrecarga desses profissionais ou da evidência da importância desse cargo para o sistema de saúde e das políticas públicas (PNAD, 2017).

Mas, pensar na atualização dessa política, com a proposta de um novo cargo, nos traz preocupação e acalento. Preocupação por entender que essas atribuições assistenciais e de coordenação de serviço estavam de fato sobrecarregando os trabalhadores e distanciando a atuação desses profissionais do assistencial, deixando os usuários desassistidos frente a outras demandas. E acalento por permitir a compreensão de que esses profissionais estão sendo percebidos pelas demais camadas hierárquicas. Não só percebidos, mas de fato o desmembramento dessa função em um novo cargo realmente minimiza ou até mesmo elimina o mal-estar causado pela forma com que este trabalho é realizado atualmente, ou seja, se acumulando a outra função. Tanto é assim que uma das exigências previstas na política é de que esse novo gerente obrigatoriamente não faça parte da equipe técnica do local (PNAD, 2017).

Essa atualização da PNAB 2017 confirma ainda mais a importância dessas atribuições para o serviço de saúde, a equipe e os usuários. Porém, é uma atualização muito recente, e, portanto, entende-se que, até se estruturar e consolidar essa nova função, essas atribuições ainda serão exercidas pelo enfermeiro ou outro profissional técnico do local, necessitando a continuidade de ações em prol da saúde mental desses trabalhadores.

4.2 Identidade e reconhecimento: “No fazer assistencial eu me reconheço e adoço”

Este subcapítulo apresenta aspectos relacionados às características da organização do trabalho que atravessam e modificam a produção de identidade e o reconhecimento dessas trabalhadoras com e no seu trabalho. Nesse sentido, temos que, para a PdT o trabalho ocupa um espaço central na construção da identidade, sendo um componente psíquico importante e construído na interação social que ocorre entre o sujeito e a organização do trabalho. Por esse motivo, o trabalho não pode ser reduzido a uma atividade produtiva, pois ao realizar as suas tarefas o sujeito envolve toda a sua subjetividade, fazendo com que saia transformado. Trabalhar

é uma possibilidade de o sujeito testar a subjetividade, transformar a si mesmo e se realizar (MACÊDO; HELOANI, 2013).

O trabalho em enfermagem é permeado, por si só, de muitos simbolismos relacionados à profissão. Ou seja, essa profissão já possui, *a priori*, uma identidade social. Durante muitos anos, os enfermeiros adotaram como princípio norteador da profissão uma “missão” curativa, em que o trabalho consistia no cuidar de seres humanos (SANTOS et al., 2018). Essa identidade social, em alguma medida, já conduz o saber e o fazer da profissão, já que o profissional de enfermagem precisava saber “como” cuidar e “fazer” o cuidado, o que direciona, ainda hoje, o trabalhador às práticas de cuidado à saúde, pratica que é reforçada pela formação técnica dos profissionais dentro das instituições de ensino.

No que concerne o nosso estudo, durante as entrevistas realizadas, foi possível perceber o quanto as trabalhadoras estão implicadas e se identificam com o trabalho e o campo de atuação assistencial. É notório também o quanto elas planejaram e desejaram a sua formação e atuação neste campo em específico, buscando, inclusive, especializações na área. Entretanto, mesmo com toda a formação técnica, essas profissionais encontram dilemas a serem superados que se afastam deste contexto específico, o que, por muitos momentos, pode colocar em risco a saúde psíquica das profissionais.

Nitidamente, as atribuições assistenciais são relatadas como sendo as mais prazerosas. É no contato e no cuidado com o outro que encontram o sentido do trabalho. Além disso, se reconhecem a partir da contribuição e do impacto social do trabalho realizado por elas, como pode ser observado no seguinte relato:

Agradeço todos os dias a Deus por poder estar nesse trabalho e poder ajudar a população em sofrimento. E é isso que me dá um gás, é saber que o que eu consegui fazer vai ajudar [...] e mudar um pouco a realidade das pessoas vulneráveis, muitas vezes o pouco que eu consigo fazer é muito (Margarida, 34 anos).

Neste cenário, as atividades assistenciais são motivo de sofrimento e, concomitantemente, percebidas pelas profissionais como satisfatórias e prazerosas, permeadas por sentido, por um espaço onde elas conseguem se reconhecer. Esse é o principal ponto desta relação ambivalente que está relacionado ao sistema de metas de trabalho; ao mesmo tempo em que as metas norteiam e orientam a direção dos seus esforços no trabalho, elas também provocam descontentamento, estresse, tensão e pressão, como pode ser observado pelos seguintes relatos:

E a gente tem as metas também, a gente precisa produzir. É isso que deixa a gente mais triste também. Porque é produção, produção e produção E tem mais o resto da coordenação e a gente não consegue dar conta 100% nunca. Mas em relação ao tempo de atendimento, até pensando que a gente precisa ter números, é de 30 minutos no máximo. Porque a gente precisa fazer pelo menos cinco ou seis preventivos por manhã, o que é o ideal para se atingir a meta de CP, tem também a meta de teste rápido que são 30, meta de consulta, que é 90 consultas por mês, visita domiciliar 16, e um grupo. E nas consultas tem estratificado puérperas, crianças, gestantes. Mas é óbvio que a gente não consegue cumprir em 100%. Tenho ainda o projeto cada jovem conta, Previne Brasil, o AME (afeto, maternidade/paternidade e educação), programa de saúde na escola, e aí a gente precisa fazer a capacitação para ser o facilitador do grupo (Begônia, 41 anos).

O que me desmotiva são essas cobranças excessivas do fazer, fazer, fazer. O excesso de atribuições. O número de atribuições vinculado ao excesso de cobrança (Margarida, 34 anos).

Para além das metas estabelecidas pela instituição de trabalho contratante, citadas acima, recentemente todos os municípios brasileiros foram notificados do cumprimento das metas do programa Previne Brasil, do Ministério da Saúde. O Previne Brasil é o novo modelo de financiamento, que altera algumas formas de repasse de transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. A nova proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (BRASIL, 2019b).

Frente a essa mudança na política nacional, as coordenadoras concursadas que não tinham metas vão passar a ter e as coordenadoras que já trabalhavam com metas terão outras metas e outro sistema para controlar. Sob este viés, Magnólia, 34 anos, expressou o seguinte:

Tem as questões também no Previne Brasil, isso é outra função, é muito interessante também, mas é outra coisa que está dando bastante trabalho para a gente ultimamente. É um programa Federal de distribuição de verba por procedimento e por atendimento. Para ter a verba, para o município receber agora é por atendimento. E é por indicadores. Atualmente a gente está com 7 indicadores para olhar e para dar conta, mas no total são uns vinte e poucos, mas por ora estamos analisando 7. A cada 4 meses o governo federal avalia esses indicadores e a partir disso libera recursos para a secretaria de saúde. [...] Mas aí a gente precisa ficar cuidando o tempo todo. Mas aí toda semana a gente tem que imprimir vários relatórios no sistema para dar uma olhada como que estão esses relatórios.

Margarida, 34 anos, nesse sentido, ainda destaca algumas sensações emocionais oriundas dessa cobrança por metas:

Porque se a gente não cumprir, mas eu não tenho conhecimento exato de algum funcionário que foi desligado pelo não cumprimento das metas, mas fica lá né, esse não cumpriu, justificou, e justificou de novo, pode haver uma advertência e eles falam até, se for o caso, uma rescisão de contrato porque tu não está cumprindo a tua meta. Então nós terceirizados sempre ficamos assim, temos medo. Medo disso, justamente porque a gente faz um milhão de coisas. E a gente nunca dá conta de tudo, a gente tá sempre esgotado, a gente tá sempre cansado, e quando a gente chega em casa muitas acabam levando o trabalho, e muitas em sofrimento acabam não falando também em virtude do medo de ser desligada. Entre a gente, a gente conversa assim, tem isso do medo de não conseguir cumprir a sua meta diante de todo serviço que a gente tem para fazer. Porque são metas que quem está de fato no dia a dia trabalhando sabe que são metas absurdas, que são metas que não são possíveis de cumprir plenamente, bom, pelo menos com qualidade não é. E a gente se sente muito ansioso de que daqui a pouco a gente possa ser advertido ou até mesmo perder o trabalho em virtude desse não cumprimento da meta.

Essas sensações negativas, como medo, receio e ansiedade, podem estar relacionadas a três fatores: 1) medo da demissão ou punições pelo não atingimento das metas; 2) não conseguir realizar com qualidade e cuidado adequado às práticas assistenciais, pois o número prevalece a qualidade do atendimento. Se percebe, neste espaço, um investimento, por parte das profissionais, em colocar em prática as reais estratégias de saúde da família, previstas na política pública, o que prevê uma aproximação significativa com o usuário e território. Contudo, a percepção é de que as metas impossibilitam ou invalidam a efetivação do local como uma estratégia de saúde da família; 3) relacionado à sensação de desqualificação do trabalho instaurado pelo não atingimento de uma meta, a partir das cobranças e notificações. Essas profissionais se reconhecem no fazer do assistencial e é nesse fazer que os números indicam e medem um desempenho; é um “não atingir” no assistencial, justo naquele lugar de segurança e reconhecimento ocupado por elas, o que agrava a sensação de desvalia. Dessa forma, elas se reconhecem no fazer assistencial e o número indica um não atingimento, uma ineficiência, afastando o sentido do trabalho realizado por elas, sendo que este número proporciona, para elas, uma representatividade negativa da identidade delas no trabalho.

Essa métrica não deveria levar em conta somente o número final e sim todo o processo de trabalho. Entretanto, o distanciamento (no sentido geográfico, afetivo e moral) existente entre a Coordenadora da Atenção Básica, que supervisiona o trabalho, e as Enfermeiras Coordenadoras de Serviço, reflete na falta de processo de *feedback*, acompanhamento e orientação. Assim, o

número se torna o principal elo delas com a gestão, sendo que o contato pessoal só acontece mediante a presença de um problema. Sendo assim, o fortalecimento dessa relação e a diminuição deste distanciamento poderia ser uma ação que minimizaria os impactos negativos causados pelas cobranças excessivas das metas.

Esse sistema de metas, presente na organização de trabalho das coordenadoras terceirizadas, evidencia um sistema perverso e que vem adoecendo de forma expressiva essas trabalhadoras. As profissionais sofrem por não dar conta de cumprir as suas metas, pois entendem que um trabalho bem feito e correto é através do atingimento das metas. Entretanto, frente ao acúmulo de atribuições da função, esse número das metas se torna inviável, o que leva à identificação como trabalhadoras ruins.

A lógica do capitalismo, com o produtivismo desenfreado, reduz o trabalho realizado a um número, e este traduz o desempenho do sujeito que executa a tarefa. O processo de trabalho, a criatividade, a inventividade e a inteligência do trabalhador para realizar determinada atividade é resumida em um único número. E este número indica um desempenho favorável ou não, indiferente do percurso realizado para chegar naquela meta, colocando em destaque, neste contexto, o número atingido e não o processo e a eficiência.

O sociólogo francês Vincent de Gaulejac nomeia esse sistema de metas como a “doença da medida”, a *quantofrenia*. Esse conceito impõe a insignificância e instaura a perda do sentido em sua insana matematização do real, promove índices como fins em si mesmos, metas desumanas e *rankings* que solapam o coletivo e a autonomia e que se divorciam do trabalho real, inventivo e criativo (SILVA; HELOANI; PIOLLI, 2017). Parte dessa insatisfação pode ser percebida na fala de Margarida, 34 anos:

Por que para mim era muito difícil eu não parar um minuto, não conseguia nem fazer xixi. E dentro de tudo, eu fazer tudo a mais e faltar um atendimento domiciliar. E eu precisar justificar porque eu não fiz um atendimento. Dentro do mesmo mês que eu fiz 45 pré-câncer 230 testes rápidos, quando a meta é 120. Eu dobrei as metas em todo o restante. E faltou um atendimento. E por que eu não fiz aquele um atendimento eu precisei justificar. Então me doía emocionalmente muito.

Frente a este sistema perverso de metas, há o desenvolvimento de uma cultura do medo, em que o sujeito vivencia um significativo sofrimento e insegurança por se sentir incompetente, aumentando, assim, a precarização do trabalho e o adoecimento psíquico em um mundo do trabalho em que precisamos ser cada vez mais produtivos e rentáveis (CALGARO, 2013). Como

consequência desse sistema de metas individuais, há o enfraquecimento do coletivo, pois, na medida em que se destaca o desempenho individual, em termos de números e resultados, torna o espaço de trabalho altamente competitivo frente ao objetivo do cumprimento das metas. Isso é incongruente com os pressupostos da PdT, que entende o coletivo de trabalho como um lugar potente onde as inteligências individuais e as divergências com o trabalho ganham espaço para encontrarem possíveis desfechos e soluções para os problemas identificados no trabalho (LIMA, 2013).

Sob o mesmo viés, foi evidenciado outro fator importante dentro deste contexto: os diferentes tipos de contratação de profissionais, concursados e contratados terceirizados. Esse sistema híbrido de contrato acontece dentro da equipe da ESF de forma geral, não somente nos cargos de coordenação. O município terceirizou a contratação das equipes de saúde em um contrato firmado com a universidade local, o que ocasionou diferentes modelos de contrato dentro do mesmo serviço, refletindo na percepção que as profissionais têm do trabalho e da equipe, causando, em algumas situações, um distanciamento não favorável, que, por vezes, enfraquece o coletivo, principalmente o coletivo das coordenadoras.

O principal incômodo que esse sistema híbrido de contratos traz para a equipe é em relação às metas, pois as equipes concursadas não são cobradas pelas metas e nem precisam justificar o seu não cumprimento, gerando insatisfação e desconforto nas demais, como pode ser observado nas seguintes falas:

Na prática a gente sabe que nós terceirizados somos cobrados e precisamos justificar a falta do não cumprimento. Porém na prática a gente sabe também que os nossos colegas concursados não recebem essa cobrança e essa necessidade de se justificar, que gera bastante insatisfações (Margarida, 34 anos, contratada).

Eu particularmente tenho a sensação de que os concursados não são cobrados, eles têm a mesma meta que nós, mas eu nunca vi um concursado responder um e-mail com a justificativa de não ter atingido uma meta. A gente se não atingir vem um e-mail para a gente justificar de forma detalhada o não cumprimento da meta (Hortência, 28 anos contratada).

Na verdade pela APS tem meta, contratado pela APS tem meta, tem número X de teste rápido, número X de pré-natal, tudo tem metas. E pela prefeitura não é exigido isso das enfermeiras que são concursadas. E a gente observa claramente que não existe essa coisa da cobrança, quando eu era APS, vinha um e-mail me cobrando porque eu não fiz tantos números disso, e tantos números daquilo. E agora como concursada temporária não veio um e-mail dizendo que eu fiz menos testes ou menos consultas. Isso não tem (Violeta, 42 anos, concursada).

A fala da entrevistada Violeta, trabalhadora recentemente concursada, mas que, anteriormente ao concurso já atuava com contrato terceirizado no município, evidencia que essa diferenciação não é somente uma “sensação” das colegas terceirizadas, ou seja, é real. A desvalorização da profissão também ganhou evidência, de forma unânime. Apesar das profissionais apreciarem sua profissão, a falta de reconhecimento da equipe, da comunidade e da Secretaria de Saúde acaba por intensificar a desmotivação:

Na saúde pública tudo é muito demorado porque é muito preventivo, e as pessoas não querem isso, as pessoas querem que tu dê um remédio para elas, que aja agora, imediato. O que me desmotiva acaba sendo essas pessoas (Amarilis, 35 anos).

A desvalorização do profissional. Eu particularmente não pretendo ser enfermeira por muito tempo. Não que eu esteja mudando o curso, mas mudando de país futuramente. Eu vejo que o Brasil não te dá muita possibilidade de crescimento dentro da enfermagem. Na área da saúde pública tu acaba assumindo muita coisa, tu não ganha nada mais para ser coordenadora, embora eu não possa reclamar do meu ganho, porque eu acho que os concursados ganham muito bem. Mas esta questão da não valorização como coordenador te deixa bem chateado assim. Pela APS a gente é bem desvalorizado financeiramente e a gente ganha bem pouco (Violeta, 42 anos).

Outro fator importante é a diferenciação salarial existente entre as trabalhadoras concursadas e terceirizadas, já que as concursadas recebem uma remuneração superior às terceirizadas, mesmo embora o local de trabalho e as atribuições sejam exatamente as mesmas. Inclusive, em algumas situações, existem duas coordenações no mesmo local, com contratos diferentes e conseqüentemente salários diferentes. Essa diferenciação salarial, somada ao fato de as concursadas não terem metas, ou seja, menor pressão e maior salário, repercute no relacionamento socioprofissional das coordenadoras, fragilizando o coletivo.

O sistema híbrido de contratos reflete em diferentes tipos de valorização e de reconhecimento e enfraquece o coletivo na medida em que essas trabalhadoras não se percebem como semelhantes. E, mesmo com o grupo de profissionais que possui o mesmo tipo de contrato, as relações são fragilizadas em decorrência da medição do desempenho individual que leva o sujeito ao individualismo.

Retomando a PdT, temos que o coletivo de trabalho fortalecido é importante, pois é nele e a partir dele que existe a viabilidade das ações, confiança, discussão, consenso, participação nas decisões e construção de acordos com a finalidade de gerir a organização do trabalho. É no

coletivo que se articulam e se integram as forças individuais que possibilitam a minimização dos erros e a maximização do desempenho coletivo (MENDES; DUARTE, 2013).

Em um cenário onde o trabalho é reduzido a um número e as relações socioprofissionais são fragilizadas pelas diferenças impostas pelo ambiente, o reconhecimento perde um dos principais benefícios, a retribuição simbólica. Esta permite a construção de sentido, atribuído à vivência de sofrimento, e essa retribuição favorece a transformação do sofrimento em prazer (LIMA, 2013). Sendo assim, pensar no reconhecimento no trabalho traz à tona duas questões importantes a serem pensadas: a primeira delas diz respeito à invisibilidade do trabalho, e a segunda está relacionada intrinsecamente com o coletivo de trabalho, pois implica o julgamento do outro.

A invisibilidade das Coordenadoras de Serviço está relacionada a duas causas específicas. A primeira delas refere-se à falta de orientação e acompanhamento dos superiores e pares. No contexto desta pesquisa, as trabalhadoras só recebem *feedbacks* corretivos, ou seja, quando algo está errado. Quando as atividades estão dentro do esperado, existe inércia e silêncio, ou seja: para receber alguma atenção da supervisão, algo precisa dar errado. Algumas trabalhadoras reverteram o silêncio em uma mensagem implícita, criada por elas, de que está tudo certo, como um elogio simbólico. Em contrapartida, a maioria não conseguiu transformar o silêncio em forma de reconhecimento de que tudo está bem, como relata Hortência, 28 anos:

Eu gostaria de um pouco mais de reconhecimento por parte da Secretaria da Saúde, e das minhas lideranças. Porque a gente faz o trabalho da melhor forma possível, a gente sabe que está fazendo, mas seria importante ter um feedback. E isso é uma coisa que eu cuido muito com a minha equipe, de passar esse feedback para eles, sem feedback o que não tá bom vai piorar e o que tá bom tende a ficar ruim ou decair pela falta de um retorno. Então eu gostaria sim de um pouco mais de reconhecimento. E às vezes da população também, muitos reconhecem, mas tem alguns que por mais que tu faça nunca está bom e isso me entristece.

A segunda causa está relacionada à invisibilidade organizacional, pois, na verdade, o cargo de Coordenadora de Serviço não existe, já que não está escrito nem formalizado em qualquer documento oficial. Não consta no contrato de trabalho, na descrição do cargo, nem está na assinatura dos e-mails. Inclusive, nos grupos de mídias virtuais existentes, onde estão inseridas todas as coordenadoras e demais lideranças da saúde do município, cuja finalidade é repassar informações, o nome elencado é “Saúde Básica/Especializada”, não remetendo à coordenação e

sim ao trabalho técnico, e, como discutido anteriormente, a nomenclatura não está presente na PNAB 2017.

Entretanto, conforme já mencionado, na última atualização da PNAB emergiu um novo cargo, o gerente de AB (PNAD, 2017). A constatação de que este novo cargo equivale ao cargo atual das Coordenadoras de Serviço pode estar equivocada, visto que é uma percepção das pesquisadoras, com base na descrição do novo cargo e nas atribuições de coordenação mencionadas por elas. E se considerarmos, na íntegra, que este cargo de Gerente de AB não equivale ao cargo de Coordenador de Serviço, aí sim que se reforça a invisibilidade do cargo exercido por elas. Como ser reconhecida naquilo que não existe?

Mas se, ao contrário, considerarmos o mesmo cargo, ainda assim essa função permaneceria invisível, pois, como evidenciado na pesquisa, essa política não é material manipulado pelas profissionais com frequência. E, ainda assim, a falta de certeza de que seria o mesmo cargo, em virtude de as nomenclaturas serem diferentes, pode dificultar o reconhecimento das profissionais.

Outro fator importante relacionado a esse “novo cargo” é a característica de que esse profissional, que vai assumir esse novo cargo, não pode ser da equipe técnica da ESF, ou seja, não pode ter uma “dupla” função dentro do serviço. Nesse sentido, podemos entender que ambos os cargos são muito importantes para serem executados por uma pessoa só, pois certamente um dos pilares importantes deste profissional seria prejudicado, ou o assistencial, deixando de atender a população, ou a gestão do serviço como um todo.

As informações destacadas anteriormente evidentemente contribuem para que essas enfermeiras vistam seus jalecos e se dediquem à assistência, pois o cargo assistencial existe. E, se ele existe, possibilita a construção da identidade e o reconhecimento, o que explica o investimento dessas profissionais nas atribuições assistenciais. Para as trabalhadoras, o reconhecimento do coletivo é fundamental. Entretanto, sentem-se pouco reconhecidas, seja pelas colegas, pela hierarquia seja pela população: a sensação das coordenadoras é que ninguém percebe o esforço realizado por elas. As trabalhadoras clamam pela necessidade de reconhecimento coletivo dos seus esforços e buscam esses espaços para dar sentido aos seus investimentos de energia no trabalho e ao desgaste ocasionado por ele.

Neste sentido, percebe-se que o reconhecimento tem uma relação muito íntima com o coletivo de trabalho, pois o reconhecimento implica o julgamento do outro, dos pares, e este só é possível quando existe um coletivo. É neste espaço que é possível, também, construir o

sentimento de pertencimento a um coletivo, sendo a identidade e o sentimento de pertencimento alicerces muito adequados para a saúde mental (LIMA, 2013).

Outra situação importante evidenciada nas entrevistas está relacionada ao desejo de não ser coordenadora de serviço: dez das onze enfermeiras entrevistadas não revelaram interesse em exercer a função. Atualmente, elas não recebem nenhum acréscimo monetário ou bônus para exercer o acréscimo dessas atividades. Quando questionadas sobre a possibilidade de assumirem a coordenação com acréscimo salarial, somente duas relataram que pensariam, as demais se manteriam somente no exercício da função assistencial da enfermagem, como relatam nos trechos a seguir:

Eu não ia querer, eu iria querer ser só enfermeira. Claro que se eles dissessem, o que já me aconteceu em outro município, do tipo: tu quer ser a enfermeira assistencial e aí o teu salário é esse ou tu quer ser enfermeira com coordenação e o salário é esse? Daí eu avaliaria dependendo da situação eu aceitaria com esse plus a mais (Violeta, 42 anos).

Acho que não, não. Eu sempre gostei muito da parte assistencial mesmo. Eu queria, tanto que hoje eu sinto muita falta de ser enfermeira de hospital, porque hospital é muito assistencial né. Em ESF eu tive que me adaptar, eu tive que aprender a ser a gestora. Se bem que no hospital a gente também tem que ser dos técnicos de enfermagem [...], mas no hospital são só os problemas da enfermagem (Amarilis, 35 anos).

Eu ficaria com assistencial mesmo se tivesse um plus a mais. No momento escolheria só assistencial. Eu nunca fiz um curso de liderança, a gente tem na faculdade uma cadeira que fala sobre liderança (Magnólia, 34 anos).

Por conseguinte, percebe-se que os resultados presentes neste capítulo apontam que o não desejo de ocupar essa função e as excessivas cobranças por metas retroalimentam o sofrimento vivenciado por essas coordenadoras, já que, na medida em que as trabalhadoras se reconhecem e se identificam no trabalho assistencial – percebido como prazeroso –, os números medidos e indicados pelas metas traduzem uma sensação de incompetência. Assim, o não atingimento das metas naquilo que elas têm prazer de fazer e naquilo que faz sentido para elas desqualifica essas sensações positivas do trabalho. Portanto, a coordenação, neste caso, entra como a atribuição penosa que impossibilita que a trabalhadora atinja a meta e que seja reconhecida na atribuição que mais se identifica e faz sentido.

4.3 Estratégias de mediação do sofrimento

Este subcapítulo apresenta a relação de confronto estabelecida entre as divergências existentes no trabalho e a subjetividade das trabalhadoras, bem como as estratégias utilizadas por elas para lidarem com as adversidades e para minimizarem as possibilidades de sofrimento e adoecimento, mesmo que temporariamente.

Para a PdT, o trabalho é muito além de uma simples execução de tarefas, é transformar, produzir e revelar a si próprio. É, na verdade, ação e mobilização subjetiva que se desenvolve em um coletivo, e essa criação social contribui para a construção da identidade no trabalho. Neste espaço, o sujeito, permeado por seus desejos, necessidades, busca de identidade e reconhecimento, sente sua subjetividade ameaçada pelos atravessamentos impostos pela organização do trabalho (FACAS; SILVA; ARAÚJO, 2013). Nesse sentido, quando uma organização do trabalho limita de forma muito excessiva a realização dos impulsos e desejos, pode resultar em aumento da carga psíquica para os profissionais, se direcionando para fonte de sofrimento, pois a realidade não oferece condições de gratificação dos desejos, não havendo autonomia para promover adaptações no modo de trabalho (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013).

A partir das entrevistas realizadas, foi possível identificar algumas ações realizadas pelas trabalhadoras para evitarem a descompensação psíquica frente às adversidades vivenciadas por elas. A primeira estratégia defensiva evidenciada é a negação das atribuições da Coordenação de Serviço por meio da canalização dos esforços para o trabalho assistencial. Nesta estratégia, o trabalhador evita a percepção de algum aspecto doloroso da realidade e se submete à situação organizacional (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013; MORAES, 2013).

O nosso trabalho é muito mais assistencial, praticamente o tempo todo. É onde a gente se sente bem também, é isso que a gente sabe fazer (Rosa, 52 anos).

Eu não me vejo na coordenação, eu sou enfermeira, eu preciso atender, fazer consulta, procedimento, é isso que vai fazer a diferença, então a minha rotina é diariamente fazer o assistencial e a coordenação a gente faz quando dá (Lavanda, 39anos).

Quando as trabalhadoras estão vestindo seus jalecos brancos dentro dos seus consultórios, dividem dois mundos. Da porta do consultório para dentro, o mundo assistencial dominado e apreciado, um lugar seguro e controlado por elas. Da porta do consultório para fora, o mundo da coordenação, temido e evitado por elas. Contudo, na medida em que negam temporariamente a

existência das atribuições da coordenação, elas estão aumentando a proporção dos problemas e o número de demandas. Frente a isso, quando retomam novamente a função da coordenação e saem de seus consultórios, um significativo número de problemas e situações que se acumularam precisa ser imediatamente resolvido.

Quando eu estou aqui dentro do consultório ninguém me interrompe, ninguém me incomoda, porque eu estou em atendimento, então os problemas ficam da porta para fora, depois, eu vou lá e tento resolver (Azaléia, 39 anos).

Apesar das atribuições assistenciais serem desgastantes, por envolver um expressivo número de procedimentos, é lá que aconchegam e acalmam suas mentes, suas angústias e ansiedades. Contudo, essa ação não opera na modificação da dinâmica sofredora do trabalho, apenas posterga o enfrentamento. Se faz importante, sob esse viés, lembrar que todo esse jogo de equilíbrio entre saúde e sofrimento acontece frente a um cenário em que elas assumem essa coordenação de forma compulsória, e, dessa maneira, sempre destacando o não querer, gerando sofrimento pela não obtenção da sua satisfação.

Identificamos também estratégias de racionalização relacionadas à falsa sensação de autonomia. Esta estratégia está relacionada à criação de explicações racionais, por parte do trabalhador, na tentativa de justificar atitudes, crenças e comportamentos inaceitáveis que se manifestam por meio de falas que justificam as adversidades do trabalho. Nos discursos estabelecidos por elas, evidenciou-se primeiro a sobrecarga de trabalho, o desgaste psíquico do cargo compulsório de coordenação do serviço, e, ao final, destacou-se que, mesmo frente a toda essa demanda, tinham autonomia. Entretanto, como descrito no capítulo anterior, uma autonomia velada (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013; MORAES, 2013).

Agora falando em voz alta, dá para ver mais ainda que é muita coisa, é muito trabalho e muita coisa que aparece que não está planejada, é compreensível que a gente não consiga dar conta, mas como a gente tem autonomia, a gente vai jogando as coisas no decorrer da semana, as vezes acumula tudo e a gente bloqueia a agenda um turno da semana para dar conta, mas na real a gente não dá né (Gérbera, 34 anos).

As trabalhadoras se utilizam também da burla – transgressões realizadas pelos trabalhadores para dar conta do trabalho – no cotidiano do seu trabalho. A burla implica criar possibilidades de inovação, em que o trabalhador mobiliza sua subjetividade e inteligência na superação da situação contraditória identificada, pois se forem seguir estritamente as normas prescritas, percebem que essas não são suficientes. A burla decorre de uma inteligência prática

que é utilizada para transgredir as regras prescritas no trabalho, sendo ela necessária para a execução das atividades em algumas situações específicas (DEJOURS, 1992).

Uma burla utilizada por essas profissionais para dar conta do maior fator ansiolítico do trabalho, as metas, é contabilizar em uma intervenção mais de uma meta. Por exemplo: as profissionais têm como meta realizar 16 visitas domiciliares (VDs) por mês, bem como 90 consultas. Frente a isso, quando as profissionais fazem a VD e identificam uma demanda de consulta que realizam naquele momento, contemplam também separadamente como meta de consulta e não somente como meta de VD. A burla pode ser compreendida como uma estratégia defensiva, pois ela não modifica a organização do trabalho, mas evita o sofrimento na medida em que diminui a ansiedade frente à manipulação dos números das metas, causando uma falsa sensação de cumprimento do trabalho.

Outra estratégia defensiva evidenciada foi o conformismo. Com o tempo, as profissionais “aceitavam” certas situações e condições do trabalho e diziam ser “assim mesmo”. A partir daí, não investiam mais em nenhuma tentativa de modificação da situação causadora de mal-estar, por entenderem que independentemente do que sugerirem não será aceito ou não vai gerar nenhuma modificação, o que demonstra falência de outras tentativas de proteção contra o sofrimento.

Está dito e acabou. Isso não vai poder ser feito assim e acabou. Tanto que hoje em dia eu não ligo mais porque eu sei que é assim e acabou. E nem tento. Naquela coisa de que a gente vai se desgastando. Tipo, eu não eu nem vou tentar porque não vale a pena (Hibisco, 61 anos).

Para além das estratégias de defesa, os resultados apontam para a elaboração de algumas estratégias de enfrentamento para essa demanda, que visam auxiliar o trabalhador a resistir ao que é prescrito. Na estratégia de enfrentamento, o trabalhador faz uso de inteligência prática, utilizando recursos próprios e sua capacidade inventiva para desenvolver um saber cuja finalidade é minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer, diferentemente das estratégias defensivas que evitam o sofrimento, mas que não alteram a realidade sofredora (BUENO; MACEDO, 2012).

A primeira estratégia de enfrentamento é o compartilhamento das funções administrativas da coordenação com demais pessoas da equipe. Apesar de entenderem que todos os profissionais estão sobrecarregados, o fato de dividir suas atribuições com a equipe permite que consigam maior tempo para resolver questões importantes e que impactam no coletivo. Esse compartilhamento permite, concomitantemente, uma melhoria no ambiente de trabalho e nas

relações socioprofissionais na medida em que, de forma automática, aproxima a coordenação da equipe. Essa ação possibilita também o desenvolvimento do vínculo, da confiança e de uma liderança democrática e participativa, como prevista na política das ESFs.

Como eu já dei as tarefas para cada um acaba muita coisa não ficando para mim porque eu distribui as funções. E é uma das coisas que eu não fazia na outra ESF. Eu achava que eu tinha que dominar tudo e saber tudo porquê em outras unidades era eu que pegava para mim. Então eu vou resolver eu assumido, ao invés de tá, vamos distribuir as coisas e fazer todo mundo junto. Depois que eu aprendi a distribuir as coisas ficaram mais leves (Amarilis, 35anos).

A partir deste compartilhamento, as coordenadoras organizam suas rotinas e dividem com os demais profissionais da equipe as suas responsabilidades, minimizam os impactos nocivo da função “compulsória” e encontram, assim, um desfecho mais favorável em termos de resolutividade das ações. Nesse sentido, algumas coordenadoras distribuíram a carga que lhes gerava maior desgaste psíquico (demandas de coordenação do local) entre os membros da equipe, o que ocasionou o andamento natural das demandas. Ao mesmo tempo em que cumpriam os protocolos, elas tinham maior tempo de exercer as atividades assistenciais que lhes geravam maior prazer e controlavam de forma mais adequada a coordenação do local.

E, por último, outra estratégia de enfrentamento identificada foi o compartilhamento formal da coordenação com outra pessoa da equipe. Em um dos serviços, foi identificada a existência de uma subcoordenadora, neste caso, a Coordenação era exercida pela Enfermeira Assistencial com o apoio da dentista, formalmente (comunicado para a equipe) na função de subcoordenadora. Segundo informações repassadas pela Enfermeira Coordenadora durante a entrevista, ela solicitou apoio para a Secretaria de Saúde, justificando os motivos pelos quais não estava dando conta do trabalho e sugeriu essa possibilidade, que foi aceita pela Secretaria. Como resultado, ambas se reuniram e distribuíram entre elas o trabalho da coordenação conforme competência de cada uma. Contudo, apesar do compartilhamento formal da coordenação ser uma boa estratégia, não ficou claro sobre a possibilidade de expandir essa opção para outros serviços. Não sabemos, dessa forma, se é uma possibilidade real ou específica para aquela profissional daquele local.

É possível perceber que, para lidar com as situações de sofrimento, as entrevistadas se utilizam mais das estratégias defensivas do que das estratégias de enfrentamento. Em sua maioria, fazem uso das seguintes estratégias defensivas: conformismo, negação, racionalização e burla para darem conta do mal-estar vivenciado por elas na realidade de trabalho. Ou seja, estas trabalhadoras ainda utilizam seus esforços para lidarem com o sofrimento e elaborarem o mesmo

na tentativa de transformar a situação, para aliviar ou combater o sofrimento psíquico. Contudo, é preciso estar atento a essas dinâmicas, pois as estratégias defensivas auxiliam os trabalhadores a lidarem com o sofrimento sem adoecer, a fim de permanecer no seu posto de trabalho, entretanto possuem um caráter reativo na medida em que favorecem a adaptação, mas não promovem a mobilização para a ação transformadora, correndo o risco da alienação ou até mesmo ter a sua eficácia esgotada e como consequência o agravamento do sofrimento e adoecimento.

5 DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

O “Guia de orientação de trabalho para coordenadores de serviço” é fruto da pesquisa-intervenção intitulada: “Entre o trabalho real e o prescrito: A invisibilidade dos Coordenadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS)”, desenvolvido para o Mestrado Profissional em Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul. Os conteúdos abordados e elaborados neste guia são oriundos das entrevistas e intervenções que ocorreram entre os meses de junho de 2021 a agosto de 2022 e que serviram como subsídios para a construção desse trabalho.

O produto técnico desenvolvido e apresentado a seguir, pode ser definido, de forma metodológica, como um manual/protocolo. Este manual/protocolo pode ser definido como:

Conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício, ou procedimento. Pode ser um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. No formato de compêndio, livro/guia pequeno ou um documento/normativa, impresso ou digital, que estabelece como se deve atuar em certos procedimentos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, p. 54).

O objetivo da elaboração desse documento é orientar, organizar e facilitar a prática dos profissionais que exercem cargos de coordenação de serviço na Atenção Básica e é destinado tanto para o trabalhador que já exerce o cargo, quanto para o novo profissional inserido no campo de trabalho. O guia busca oferecer suporte e direcionamento para os principais desafios elencados pelos sujeitos de pesquisa, e também multiplicar e compartilhar os conhecimentos e soluções já existentes, que, em sua maioria, estavam resguardados no âmbito particular de cada profissional.

Frente a este cenário, desenvolveu-se o produto técnico (Anexo E). Apesar de ser um material personalizado de acordo com as necessidades do local pesquisado, os desafios e as oportunidades de melhorias são inúmeros e estão relacionadas a assuntos diversos, sendo que cada sujeito de pesquisa compartilhou das necessidades que estão intrinsecamente relacionadas às suas subjetividades.

Para se fazer viável a construção deste produto dentro do prazo estipulado pelo mestrado, optou-se por dar voz às demandas do coletivo de trabalhadores. Assim sendo, elencamos assuntos e necessidades comuns a todas ou a maioria dos sujeitos de pesquisa. Mas, ainda assim, o produto

construído obviamente não visava cessar essas demandas, pois são discussões intensas sobre temas variados e que não caberiam, portanto, dentro de um único produto.

A ideia inicial do Guia surgiu após a realização das entrevistas. Nesta etapa metodológica, ficou evidenciado o quanto a ausência de clareza relacionada às atribuições do cargo sobrecarrega e estressa estes profissionais. O principal impacto estava relacionado ao tempo e à energia investidos na busca por informações que possibilitassem a compreensão do que precisava ser feito, antes de realizarem o trabalho propriamente dito, o que acarretava no dispêndio de tempo. Ademais, este processo interferia nas entregas fora dos prazos estipulados, que refletia em desmotivação já no início da atuação do novo profissional.

No decorrer da realização das atividades do trabalho, a coordenadora vai desenvolvendo maior clareza e segurança em relação a sua atuação, possibilitando a criação de uma organização e rotina para as suas demandas e para as da instituição. Entretanto, na medida em que essa primeira dificuldade é sanada, começa a emergir outra necessidade também relacionada ao seu cargo e tão importante quanto esta primeira. Neste momento, os desafios relacionados à gestão de pessoas, tema este que foi elencado por eles, começam a surgir como sendo uma das atribuições mais difíceis do coordenador de serviço.

Frente ao contexto trazido por elas, a percepção e a sensação compartilhada pelas coordenadoras é de que o trabalho nunca estará “em dia”, pois, na medida em que se focam em uma esfera de necessidade de trabalho, desviam o olhar e o cuidado para outras demandas importantes. Estas informações enfatizam a necessidade de um processo de trabalho mais claro e organizado, constatação esta que motivou a construção deste trabalho.

Durante a construção deste Guia, pesquisaram-se, em diferentes locais (Conselhos de Enfermagem, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, dentre outros), informações, materiais e documentos que descrevessem, de forma clara e de fácil acesso, o papel e as atribuições dos Enfermeiros Coordenadores de Serviço. Frente à dificuldade de localizar tal documento de forma acessível e objetiva, elencou-se como estratégia utilizar parte dos momentos de intervenção para conduzir essa busca com a ajuda de diferentes pessoas (professores, enfermeiros, coordenadores de serviço e coordenação da atenção básica) de diferentes municípios. A solicitação de apoio para esta busca visava preencher qualquer lacuna evidenciada pela falta de experiência e conhecimento das pesquisadoras sobre os SUS, visto que não atuam nesta área.

Após a realização da procura desses materiais, foi possível compreender que existe muita informação e material sobre o SUS, suas políticas, leis e diretrizes. Existe também um número expressivo de cartilhas, *ebooks*, e cursos disponíveis em diferentes locais que visam complementar a formação dos profissionais. Em contrapartida, não se encontrou um documento onde a descrição desse cargo estivesse escrita de forma clara e objetiva, que traduzisse realmente a realidade daquele profissional. São materiais muito bem escritos e elaborados, mas que não deixam exatamente claro o que fazer e como fazer, fator que cria um abismo entre o profissional, a equipe e o serviço prestado à população.

Pelo fato de ser um local de trabalho com muita demanda e pelo trabalho da coordenadora de serviço estar dividido entre o atendimento assistencial e a coordenação do local e de todas as pessoas, entende-se que estes profissionais não dispõem de tempo de realizar mais essas buscas, que envolve pesquisa e leitura. Ao mesmo tempo, é compreensível que as esferas federais e estaduais não absorvam essa demanda específica, principalmente porque cada política, programa, norma e diretriz tem suas regras de aplicação. Sendo assim, nem toda política é aplicável em qualquer ESFs – na maioria das vezes, essa diferenciação ocorre pelas características geográficas da população. Outra característica que impossibilita e/ou dificulta a esfera federal/estadual de coordenar a construção e orientação desse material é o fato que cada estado e município pode elaborar ou comprar programas específicos, o que acarreta na dificuldade de as esferas federais e estaduais controlarem essas atribuições e da incompatibilidade e ineficiência de direcionarem uma única atribuição para todos os profissionais de forma generalista, já que cada município e cada ESF tem as suas particularidades. Frente a isso, é possível compreender o porquê da inexistência de um documento claro e preciso.

Para minimizar essa situação, a sugestão seria que cada município elaborasse o seu documento orientativo relacionado às atribuições dos seus coordenadores de serviço e, se possível, dos demais trabalhadores também. Como contribuição à demanda identificada nesta pesquisa e frente à sugestão realizada para minimizar os impactos, elaborou-se esse guia.

O guia é dividido em partes específicas. Inicialmente, é realizada uma introdução do material construído, descrevendo a demanda e os objetivos do guia. Na primeira parte, teórica, do Guia, consta a descrição das atividades do cargo assistencial, detalhando as atribuições trazidas pelas profissionais durante as intervenções e complementado com as informações da PNAB de 2017. Nesta primeira parte ainda foi acrescentado telefone de setores importantes da Secretaria de

Saúde que podem auxiliar as profissionais no enfrentamento das suas dúvidas pertinentes ao trabalho técnico do serviço. O objetivo do desenvolvimento desta primeira parte é oferecer direcionamento sobre atribuições, metas e canais de contato. A segunda parte do guia foi desenvolvida pensando nos desafios da liderança. Para tanto, discorreu-se sobre os principais temas relacionados por elas como sendo desafios do cotidiano da gestão de pessoas. O objetivo dessa segunda parte é promover reflexões acerca do autoconhecimento e autodesenvolvimento das profissionais e auxiliar na reflexão sobre a importância da liderança. Dentro deste Guia, constam também sugestões de modelos de formulários para facilitar o exercício das práticas de liderança. Como parte final, foram disponibilizadas sugestões de livros e sites, que trabalham com conteúdo de liderança. Criou-se, também, um link de acesso a uma pasta virtual, onde conteúdos pertinentes à liderança e às políticas públicas relacionadas ao cargo de Enfermeira Coordenadora de Serviço foram separados cuidadosamente. Esta última estratégia foi pensada no sentido de compilar, em um único local, informações e conteúdos importantes referente à prática profissional dessas profissionais. O produto técnico no seu formato final encontra-se no Anexo E.

6 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título: Panorama do adoecimento mental dos trabalhadores da saúde

Revista: Cadernos de Saúde Pública

Normas da Revista:

Instruções aos autores

Forma e preparação de manuscritos

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais).

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais) (Editorial 37(4));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada,

podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6. Questões Metodológicas (leia mais): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (leia mais) na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa (leia mais);

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: Editorial 29(11), Editorial 32(1) e Editorial 32(3).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no

processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12.

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de preprint, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de preprint de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto

à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê

de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido aponta que o trabalho da Coordenadora de Serviço, na saúde pública, engloba diferentes atribuições e muitas destas exigem das trabalhadoras um conhecimento diferente do adquirido durante a formação acadêmica. Para além da parte assistencial, as trabalhadoras são responsáveis por todas as atividades e serviços realizados na unidade de saúde que coordenam, incluindo também a liderança sobre todos os trabalhadores do serviço.

Essas profissionais foram contratadas para exercerem cargos técnicos dentro das equipes e assumiram de forma compulsória a coordenação. O exercício compulsório desse cargo, aliado ao desejo de não quererem exercer a coordenação, traz consequências negativas, pois impactam no bloqueio da mobilização subjetiva das trabalhadoras frente ao seu trabalho. A forma compulsória com que essa função é exercida dificulta, ademais, a possibilidade de encontrarem uma alternativa criativa frente à adversidade, visto que, no cotidiano de trabalho, não se identificam e não se reconhecem na coordenação e, frente a isso, negam essa atribuição, focando seus esforços no trabalho assistencial. Além disso, outros três fatores intensificam a situação: o “fator desconhecido do trabalho”, a invisibilidade da coordenadora e a pressão por metas.

O “fator desconhecido do trabalho”, caracterizado pela ausência de informações e clareza sobre as atribuições e responsabilidades do trabalho realizado por elas, direciona-se a duas sensações de mal-estar. A primeira delas relacionada à vivência de estresse e angústia frente ao processo de descobrimento das atribuições, em que, na maioria das situações, identificam o que precisa ser feito quando são cobradas pela não realização de alguma atividade. A segunda sensação está relacionada com a exaustiva busca por tais informações para realizarem o seu trabalho, relatando o grande dispêndio de tempo da execução do trabalho na busca por informações, o que interfere na agilidade e no desenvolvimento de outras tarefas importantes.

A invisibilidade da coordenação é caracterizada pela inexistência oficial deste cargo, ou seja, este cargo não está formalizado em nenhum documento oficial. Este fato potencializa ainda mais o desejo de não quererem exercer essa função, uma vez que essas trabalhadoras não se reconhecem nesta função e, na medida em que o cargo não existe, não há a possibilidade formal de serem reconhecidas pelo coletivo.

A pressão por metas é uma das principais causadoras de mal-estar, pois reduz todo o trabalho desenvolvido pelas profissionais em um único número que traduz a eficiência das trabalhadoras. Mas, acima disso, as sensações desagradáveis vivenciadas também estão associadas ao fato de se reconhecerem e se identificarem na função assistencial, sendo as metas somente para essas atribuições. Frente a isso, no lugar em que se reconhecem e se identificam no trabalho, onde se sentem seguras e confiantes, existe um número que invalida essa sensação de bem-estar através do não atingimento de suas metas, na medida em que entendem que, para realizarem um bom trabalho, as metas precisam ser atingidas.

Sendo assim, essas trabalhadoras direcionam os seus esforços para o atingimento das metas, encaram as atribuições da coordenação como um empecilho para as atingir e consideram que essas atribuições diminuem o tempo de trabalho no assistencial, em que as metas precisam ser cumpridas. Sob essa ótica, a cobrança excessiva traz sensações de incompetência e desqualifica o trabalho realizado por elas, e as metas fazem, também, com que as profissionais se afastem do sentido do trabalho por elas realizado.

Essas características da organização do trabalho direcionam todas as sensações negativas para um desdobramento de sofrimento e adoecimento mental. O fato de assumirem essas atividades da coordenação do serviço concomitantemente com cargo técnico exercido por elas é uma condição que necessita ser urgentemente revisada, pois essa dupla função desenvolvida é fonte geradora de sobrecarga no trabalho, pressão, estresse e angústia.

Para transformar um trabalho que faz sofrer em um trabalho prazeroso, é necessário que a organização do trabalho propicie maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório, usar sua inteligência prática e engajar-se no coletivo, identificando ações capazes de promover vivências de prazer (MENDES, 2007).

Frente às adversidades, uma das principais estratégias utilizadas pelas trabalhadoras para o enfrentamento desses dilemas é a negação da função de coordenadora. Neste sentido, elas canalizam a energia e tempo para a tarefa assistencial. Todavia, deixam a coordenação do serviço em segundo plano, o que causa prejuízo para o sistema como um todo, pois muitas atividades e situações necessitam do acompanhamento e orientação das profissionais. Contudo, entendemos que essa é a estratégia utilizada para garantir o equilíbrio da saúde mental, mesmo que não modifique a estrutura causadora de mal-estar.

O compartilhamento das atribuições com a equipe e o fortalecimento das relações socioprofissionais foram elencadas como estratégias para enfrentarem as adversidades de uma forma mais adequada. O compartilhamento permite, ademais, a divisão da carga de trabalho e reforça as relações e o vínculo da coordenadora com a equipe.

Neste sentido, o estudo aponta para a importância da coordenadora de serviço para os serviços de saúde, sendo que é uma das protagonistas do serviço, pois é a partir das práticas exercidas por ela e pela equipe que teremos o SUS funcionando dentro dos seus preceitos e objetivos. Proporcionar organização de trabalho adequada, com clareza das funções, autonomia, espaços de discussão e com o fortalecimento do coletivo vai refletir em uma coordenadora de serviço mais satisfeita e com clareza de suas atribuições, assim como vai refletir, também, em uma equipe mais saudável e fortalecida, impactando no bom funcionamento do sistema e na relação com o usuário. Isso reforça a pertinência e importância de se ter um olhar mais atento para estes profissionais e para as práticas de gestão existentes dentro dos serviços de saúde.

Então, pensar e auxiliar na elaboração de uma organização do trabalho adequado para essas profissionais, que permita um espaço de real autonomia e possibilidades de reordenação das demandas é emergencial, visto que tais situações estão se desdobrando na direção do sofrimento. Diante deste cenário, construiu-se o guia de orientação como produto técnico, que visa auxiliar os coordenadores de serviço na organização e no enfrentamento dos dilemas desta profissão, por meio da estimulação de postura reflexiva e crítica sobre o trabalho, fortalecendo o protagonismo do trabalhador. Este guia, portanto, busca incentivar e apoiar a transformação desta realidade.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. **História e legislação do SUS e saúde da família: problematizando a realidade da saúde pública**. 1. ed. Rio de Janeiro: Agbook, 2011. 136 p. ISBN 978-85-911855-0-4
- BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **História da clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2015. 187 p. (Coleção Saúde em debate; 248). ISBN 978-85-8404-053-7.
- BRASIL. Ministério da Educação. Produção Técnica. Brasília: Ministério da Educação, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.279 de 12 de novembro de 2019: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BUENO, Marcos; MACÊDO, Kátia Barbosa. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade (ECOS)**. [S, l], v2. n2, 2012. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1010/723>
- CANÇADO, Vera L.; SANT'ANNA, Anderson de Souza. Mecanismos de Defesa. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 219-223.
- CARVALHO. Anelisa Vaz de (org). **Terapia cognitivo-comportamental na síndrome de burnout: contextualização e intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.
- CONDE, Ana Flávia Cicero; CARDOSO, Jorge Manoel Mendes; KLIPAN, Marcos Leandro. Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 19-36, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jun. 2022. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120103>.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 0509/2016. Resolução 421, de 15 de fevereiro de 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em de maio 2022.
- COSTA, Sérgio Henrique Barroca. Trabalho Prescrito e Trabalho Real. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 468-471.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6ªed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S; SZNELWAR, L. I. Christophe Dejours - **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2008, p. 49-106.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. 10.reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 145 p. ISBN 85-224-1061-5.

FACAS, Emílio Perez; SILVA, Laiury Maiara; ARAÚJO, Maria Aparecida Souza. Trabalhar. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 461-465.

FERNANDES, Marcelo Costa et al. Identity of primary health care nurses: perception of "doing everything". **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s. l] v. 71, n. 1, 2018, p. 142-147. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>>. Acessado em: 22 set. 2022.

FERREIRA, João Batista. Real do Trabalho. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 341-350.

FISCHER, Sullivan Desirée *et al.* Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **TAC – Tecnologias de Administração e Contabilidade**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 117–131, 2014. Disponível em: Acesso em: 24 set. 2022.

LIMA, Suzana Canes da Cruz. Reconhecimento no Trabalho.. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 351-355.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. Coletivo de Trabalho In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 93-97.

LIU, S. et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry, Bangkok**, v. 7, n. 4, 2020, p. 16-32. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8). Acesso em: 28 jan. 2022.

MACÊDO, Kátia Barbosa; HELOANI, Roberto. Identidade. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 219-223.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. 320 p. ISBN 85-87148-77-X

MARTINS, Soraya Rodrigues. Subjetividade (intersubjetividade). In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 433-438.

MATTOS, Julio Cesar De Oliveira; BALSANELLI, Alexandre Pazetto. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 10, n. 4, 2020.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In MENDES, A. M (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Ana Magnólia.; DUARTE, Fernanda Sousa. Mobilização Subjetiva. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 259-262

MENDES, Ana Magnólia; MORAES, Rosângela Dutra de; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Trabalho & Sofrimento: Práticas clínicas e políticas**. Curitiba: Editora Juruá, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2019, 867 p. ISBN 978-85-8071-059-5.

MONTEIRO, J.K. *et al.* Fatores Associados à Síndrome de Burnout em Profissionais que Tratam da Saúde da Mulher. **Revista de Psicologia da IMED**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 3–13, 2016.

MORAES, R. D. Estratégias de Enfrentamento do Sofrimento e Conquista do Prazer no Trabalho. In: A. R. C. MERLO; A. M. MENDES; R. D. MORAES. **O Sujeito do Trabalho, entre a saúde e a patologia**. Paraná: Editora Juruá, 2013, p.175-186.

MORAES, Rosângela Dutra de. Estratégias Defensivas. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 153-157.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Washington, USA: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2030%20de%20janeiro%20de,previsto%20no%20Regulamento%20Sanit%C3%A1rio%20Internacional>. Acesso em: 26 fev. 2022.

PINHEIRO, João Paulo; SBICIGO, Juliana Burges; REMOR, Eduardo. Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 9, p. 3635–3646, 2020.

PORCIUNCULA, Alice Mariz; VENÂNCIO, Sandra Aparecida; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1555–1566, 2020.

RAMOS, Carlos Eduardo Barbosa *et al.* Impactos da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. **Rev. bras. ciênc. saúde**, [s. l.], v. 23,

n. 3, p. 285–296, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046106>. Acesso em: 22 set. 2022.

SANTOS FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2007. 265 p. (Coleção saúde coletiva) ISBN 978-85-7429-591-6

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. 436 p. (Série Enfermagem). ISBN 85-204-2294-2.

SANTOS, Emília Conceição Gonçalves dos *et al.* Identidade Social e Profissional da Enfermagem: Revisão Narrativa de um Decênio. **Temperamentvm**, [s. l.], v. 14, p. e12121–e12121, 2018. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12121>. Acesso em: 22 set. 2022.

SCHULTZ, Thais *et al.* Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros da atenção primária à saúde. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 181–194, 2020.

SILVA, Eduardo Pinto e; HELOANI, Roberto; PIOLLI, Evaldo. Direitos Humanos sob ameaça: organizações patogênicas, trabalho e subjetividade. **Educação: Teoria e Prática**, [s. l.], v. 27, n. 54, p. 113–132, 2017.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 7–13, 2020.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia (Org.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. xvi, 342 p. ISBN 978-85-277-2117-2

SUMMIT SAUDE BRASIL. **A importância da Enfermagem no sistema de saúde • Congresso de Saúde 2022 | Summit Saúde Estadão**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/o-papel-e-a-importancia-da-enfermagem-no-sistema-de-saude/>. Acesso em: 24 set. 2022.

VASCONCELOS, Ana Cláudia Leal. Inteligência Prática. In: VIEIRA, F. O. (Org.); MENDES, A. M. B. (Org.); MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, 2013, v. 1, p. 237-242.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: Entre o necessário e o possível: Os desafios da liderança nos serviços públicos de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: Siglas iniciais

Idade: _____

Gênero: ()F ()M

Escolaridade: _____

Cargo: _____

Carga Horária de trabalho: _____

Qual o seu tipo de contrato com o local: ()Concursado ()Contratado terceirizado

() Outro: Qual? _____

1. Há quanto tempo você trabalha neste local?
2. Qual o seu cargo e as suas funções?
3. É o primeiro local que você exerce a função de liderança?
4. Quais são as suas atribuições e responsabilidades diárias?
5. Você consegue, dentro do seu horário de trabalho, realizar de forma adequada todas as atividades?
6. Como funciona o trabalho que você executa? Quem determina como fazer e quando?
7. Você tem autonomia na realização de suas atividades?
8. Quem é o seu líder direto?
9. Como você analisa a prática dos seus líderes? O que está bom e o que pode ser melhorado?
10. Você costuma dar sugestões e ideias para o seu líder referente ao processo de trabalho?
11. Quando você tem alguma dificuldade no trabalho, quem lhe auxilia a resolver quando você não consegue resolver sozinho?
12. O que mais lhe motiva neste trabalho?
13. O que mais lhe desmotiva?

14. Frente as adversidades faladas até aqui, quais estratégias você utiliza para superar elas?
15. Quais melhorias que você identifica como mais emergente no seu local de trabalho para que a sua função seja exercida de forma mais adequada possível?
16. Você já pensou alguma vez em desistir do trabalho ou do local?
17. O que te faz permanecer no trabalho?
18. Qual o impacto que o seu trabalho hoje causa na sua vida pessoal?
19. Como você se sente neste local?
20. O que no trabalho lhe deixa preocupado?
21. O que te levou a trabalhar neste segmento?
22. Há familiares seus que trabalham neste mesmo segmento?
23. Você se sente valorizado?
24. O que a sua família acha do seu trabalho?
25. Com qual a frequência que você se afasta do trabalho (seja por falta, atestado)?
26. Você toma algum medicamento para ansiedade, depressão, estresse ou faz algum tratamento psicológico?

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Entre o necessário e o possível: Desafios e oportunidades das lideranças nos serviços públicos de saúde”, que pretende investigar de que modo a organização do trabalho interfere na saúde mental dos trabalhadores que exercem o cargo de coordenadores de serviço, na saúde pública, no campo da atenção primária a saúde, em um município no interior do Rio Grande do Sul, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Janaíne Raquel de Borba que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número (51) 99100-8890.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são trabalhadores que, no momento de realização da pesquisa, exerçam a função de coordenador de serviço, dentro de alguma das unidades de Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, no município de Lajeado. Sua participação consiste em realizar uma entrevista individual, semiestruturada, com questões pertinentes a sua realidade de trabalho, o tempo necessário para a realização desta entrevista será de aproximadamente uma hora, sendo o local e o horário a serem definidos conforme sua disponibilidade, conforto e sigilo.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, que estão relacionados a possibilidade do entrevistado de se sentir constrangido ou com receio de falar abertamente sobre o seu universo de trabalho e as interferências que diferentes eventos, que ocorrem neste contexto, podem ocasionar em seus processos de saúde e adoecimento. O fato de responderem a questões sensíveis pode desencadear pensamentos e sentimentos que talvez nunca tenham sido revelados ou elaborados, o que pode gerar embaraço no momento de responder as perguntas. E o participante pode ainda ter o receio de eventuais repercussões de sua fala. Por outro lado, a sua participação na pesquisa trará benefícios que estão relacionados com os resultados que as pesquisadoras se propõem a obter a partir do conteúdo analisado e publicado através de artigos científicos. O objetivo é proporcionar tanto para o local, quanto para demais trabalhadores deste campo, melhorias nos processos de trabalho e nos processos de gestão. Esta pesquisa também permitirá a ampliação do conhecimento sobre este campo.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através do envio formal de uma cópia do artigo publicado.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,

f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local:

Data:

Nome e assinatura do entrevistado

**Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido**


ANEXO C – DECLARAÇÃO DE HORAS DE INTERVENÇÃO



DECLARAÇÃO

Atestamos que Janaíne Raquel de Borba, aluna do Mestrado Profissional em Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul, completou as 135h de pesquisa intervenção conforme previsto no mestrado profissional, e que envolveu as seguintes etapas: realização de coleta de dados junto aos profissionais; análise e interpretação dos dados; construção do produto técnico e a intervenção.

Lajeado, 16 de novembro de 2021.



Janaíne Raquel de Borba
Mestranda em Psicologia



Profª Dra. Cristiane Davina Redin de Freitas
Orientadora

Nome do responsável na instituição: _____

Assinatura do responsável na instituição: _____



Prefeitura Municipal de Lajeado
Cláudio André Klein
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Lajeado
Secretaria da Saúde
NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva


CARTA DE ANUÊNCIA

Lajeado, 10 de Dezembro de 2020.

Prezados:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a execução do Projeto de Mestrado de Curso Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul intitulado “**ENTRE O NECESSÁRIO E O POSSÍVEL: Os desafios e oportunidades das lideranças nos serviços públicos de saúde**”, proposto pela pesquisadora **Janaíne Raquel de Borba**, sob a orientação da Prof^a. Dra. Cristiane Davina Radin Freitas Co-orientador(a): Prof^a. Dra. Karine Vanessa Perez. O referido projeto será realizado junto às coordenações das Equipes de Saúde do município e tem a anuência do NUMESC.

Atenciosamente,


Prefeitura Municipal de Lajeado
Secretaria da Saúde
JULIANA DEMARCHI
Técnico de Enfermagem
Portaria nº 27.438, de 24/11/2020

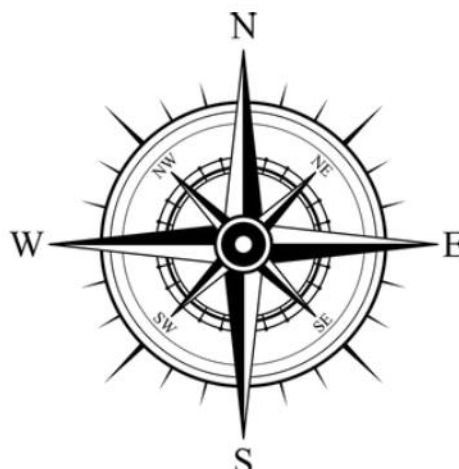
Claudio André Klein
Secretário de Saúde

ANEXO E – PRODUTO TÉCNICO



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
**Mestrado Profissional
em Psicologia**

GUIA DE ORIENTAÇÃO DE TRABALHO PARA COORDENADORES DE SERVIÇO



GUIA ORIENTATIVO



Inspire

SUMÁRIO

Como este guia pode te ajudar?.....	04
O que você vai encontrar neste guia.....	06
Identificando o trabalho.....	10
Conhecendo a equipe e os processos.....	24
A arte de liderar.....	34
Materiais complementares.....	44
Considerações Finais.....	48
Referências.....	49



COMO ESTE GUIA PODE TE AJUDAR?

Este guia foi construído a partir de uma pesquisa-intervenção realizada em 2021, dentro das Estratégias de Saúde da Família (ESF), em um município no interior do Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa foi realizada dentro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC.

A pesquisa objetivava identificar as características e situações de trabalho que se desdobravam na direção do sofrimento e adoecimento das profissionais que exerciam o cargo de Coordenadoras de Serviço.



COMO ESTE GUIA PODE TE AJUDAR?

Na ocasião da pesquisa, foi possível identificar que as principais características do trabalho geradoras de mal-estar e sofrimento, estavam relacionadas a falta de clareza e orientação sobre as responsabilidades e atribuições do cargo, somadas as dificuldades e desafios da gestão de pessoas.

Frente a isso, este guia de orientações tem por objetivo reunir e organizar informações sobre as atividades e responsabilidades destas profissionais, proporcionando maior clareza quanto às atribuições do cargo de coordenação, bem como ser, também, um instrumento facilitador na gestão das pessoas e dos processos de trabalho.

O QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR NESTE GUIA?

No primeiro capítulo, intitulado "*Identificando o trabalho*", elencamos as atribuições do Coordenador (a) de Serviço. As atribuições foram divididas em dois eixos; atividades assistenciais e atividades de coordenação. As atividades assistenciais correspondem as atribuições do cargo técnico de contratação do coordenador(a), considerando que, no campo pesquisado, este profissional ocupa cargo técnico dentro da equipe, somados a coordenação.

Neste Guia apresentamos o cargo técnico do(a) Enfermeiro(a), pois todas as profissionais entrevistadas, que coordenavam os serviços, na ocasião da pesquisa, eram enfermeiras.

ATENÇÃO 



Caso você tenha outro cargo técnico (dentista médico(a), técnico (a) em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, administrativo ou outro) identifique na PNAB suas atribuições assistenciais.

Sempre que consultar a PNAB certifique-se de que esteja consultando a última atualização da política.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXIICAPII

O QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR NESTE GUIA?

No segundo capítulo, intitulado "*Conhecendo a equipe e os processos de trabalho*", será discutido sobre a importância de conhecer as potencialidades e limitações das pessoas que pertencem a sua equipe. Paralelo a esse conhecimento, é importante também identificar os processos de trabalho do local e os responsáveis por cada atribuição.

Após a obtenção desses conhecimentos e munido (a) de informações, você poderá reorganizar as tarefas e inclusive compartilhar com demais pessoas da equipe atribuições da coordenação ou até mesmo atividades técnicas que não sejam somente de competências do seu cargo de contratação (enfermagem).

ATENÇÃO



Ter um coletivo de trabalho fortalecido, com relações profissionais adequadas, contribui tanto para o bem-estar no trabalho quanto para a diminuição da sobrecarga de trabalho!

INCENTIVE AS BOAS RELAÇÕES NA SUA EQUIPE!

O QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR NESTE GUIA?

No terceiro capítulo, intitulado "*A Arte de Liderar*", será discutido sobre a importância do autoconhecimento nos processos de liderança, ou seja, de você identificar também as suas potencialidades e limitações que poderão interferir neste processo. Neste capítulo será discutido também sobre os temas comunicação e feedback, que foram elencados pelas profissionais como sendo os mais desafiadores da liderança.

No decorrer do Guia serão apresentados sugestões de formulários para utilização no cotidiano de trabalho.

No final do guia, serão apresentado sugestões e indicações de livros e endereços virtuais para complementar o conhecimento dos (as) coordenadores (as) nos processos de liderança.

POR ONDE COMEÇAMOS?

**Identificando o
trabalho a ser feito**

**Conhecendo a equipe e
os processos de trabalho**

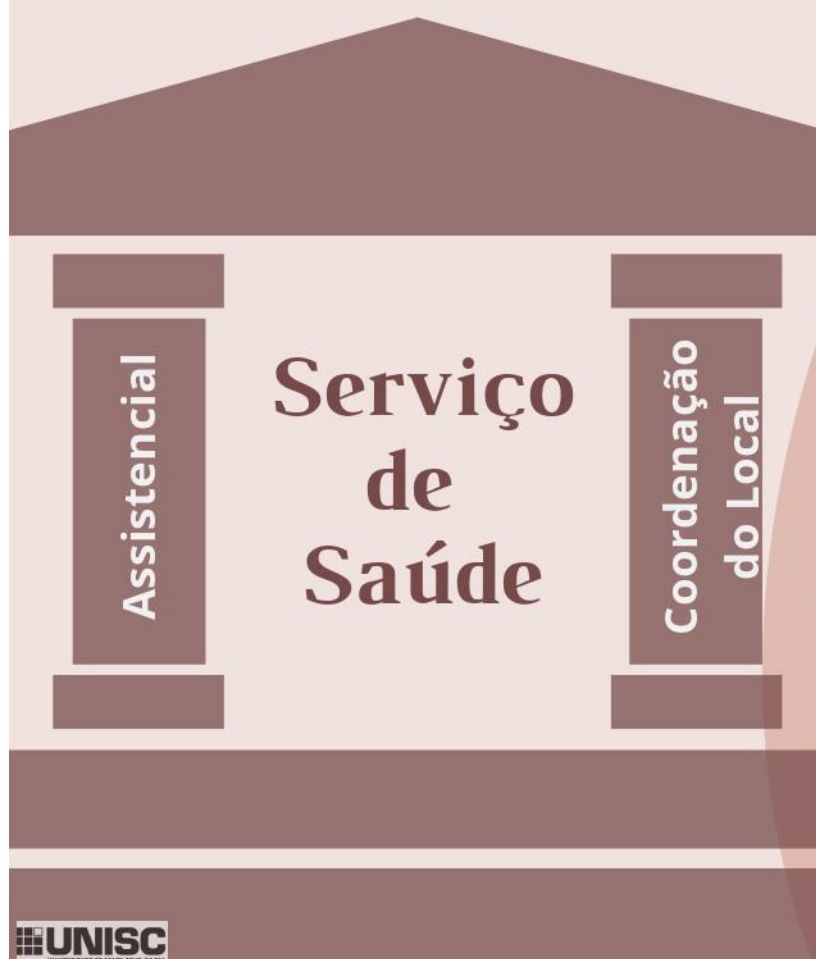
A arte de liderar



Identificando o trabalho



A partir dos dados levantados, foi possível compreender que as atribuições do Coordenador(a) de Serviço estão divididas em dois grandes pilares:



1. Identificando o trabalho



ASSISTENCIAL: A parte assistencial está relacionada a todas as atribuições técnicas das funções. Sendo assim, as atribuições assistenciais estão diretamente relacionadas ao cargo contratado (enfermeiro, médico, dentista, etc.).

COORDENAÇÃO DO SERVIÇO: Atividades e demandas relacionadas ao serviço de saúde (unidade de saúde) de uma forma geral, incluindo a liderança de toda a equipe da unidade.



1. Identificando o trabalho



Neste guia, em virtude de ser um trabalho personalizado e de acordo com a realidade do município, estaremos trazendo maiores informações das atribuições assistenciais da enfermagem.

ASSISTENCIAL: O trabalho abrange toda assistência e o cuidado da enfermagem, desde o recém-nascido até o idoso. A atuação técnica vai desde a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

- Exames preventivos;
- Puericultura;
- Acompanhamento do desenvolvimento das crianças;
- Vacinação;
- Exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama;
- Testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites;
- Busca ativa;
- Visita Domiciliar (VD);
- Curativos;
- Passagem de sonda e demais cuidados técnicos da área de enfermagem.

1. Identificando o trabalho



Complementando as atribuições descritas pelas profissionais, incluimos a descrição das atribuições assistenciais prevista na PNAB de 2017.

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

1. Identificando o trabalho



- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Importante

Link de acesso a PNAB 2017

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXIICAPII

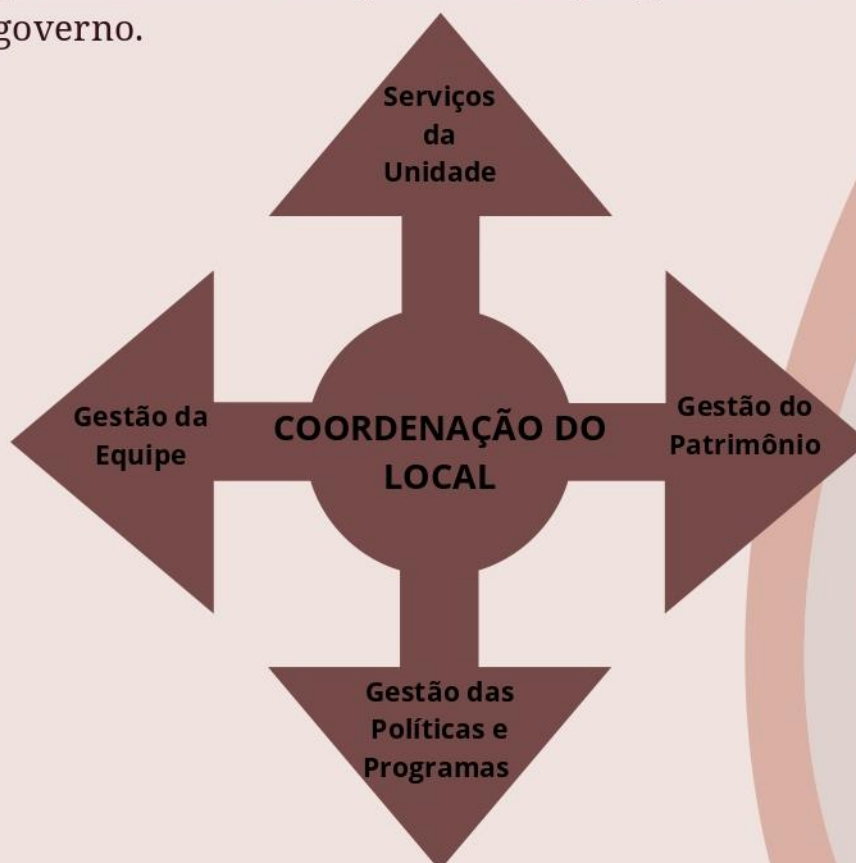
1. Identificando o trabalho

Pilar 2



COORDENAÇÃO DO LOCAL/SERVIÇO: A coordenação do local está relacionada principalmente a quatro vertentes;

(1) coordenação dos serviços prestados na unidade de saúde e suas respectivas metas; (2) a gestão e administração patrimonial; (3) a coordenação da equipe como um todo, ou seja, de todos os profissionais da unidade e, (4) gerenciamento das políticas e programas de governo.



1. Identificando o trabalho

Pilar 2

1. Serviços da Unidade

- O (a) coordenador (a) de serviço é responsável pela gestão de todos os serviços realizados dentro da unidade de saúde, ou seja, faz a gestão do trabalho de todos os profissionais (médicos, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, residentes, agentes administrativos, recepção, limpeza, farmácia, dentre outros).
- Se faz importante o (a) coordenador (a) compreender as atribuições de cada profissional/função e as políticas relacionadas a elas, bem como as metas estabelecidas.

Importante

Solicite informações e esclarecimento da Secretaria de Saúde ou ainda busque maiores informações com seus colegas pares.

1. Identificando o trabalho

Pilar 2



1. Serviços da Unidade

- Entretanto, algumas categorias profissionais possuem uma Coordenação dentro da Secretaria de Saúde. Assim sendo, você pode contar com o apoio e orientação desses coordenadores para os desafios e necessidades do cotidiano.

Seriam elas:

Coordenação de Saúde Bucal e Mental

Fone: 51 3982-1118

E-mail: sesa.saudebucal@lajeado.rs.gov.br e
sesa.saudemental@lajeado.rs.gov.br

Coordenação Médica, Auditoria e Regulação

Fone: 3982-1130

E-mails: sesa.auditoria@lajeado.rs.gov.br
sesa.regulacao@lajeado.rs.gov.br
sesa.plena@lajeado.rs.gov.br

DEMAIS CARGOS OU SETORES QUE NÃO TENHAM
COORDENAÇÃO OU SETOR ESPECÍFICO, VOCÊ PODE
SOLICITAR APOIO PARA A SECRETARIA DE SAÚDE.

Importante: Informações obtidas no site da prefeitura.
[https://www.lajeado.rs.gov.br/conteudo/3014/970/3059?
titulo=SA%C3%9ADE](https://www.lajeado.rs.gov.br/conteudo/3014/970/3059?titulo=SA%C3%9ADE)

1. Identificando o trabalho



Pilar 2

2. Gestão do Patrimônio

- O (a) coordenador (a) do serviço é responsável pelos bens e patrimônio da empresa. Sendo responsável por identificar e implementar melhorias na estrutura de sua responsabilidade. Desde identificar alguma reforma, necessidade de pintura, troca de lâmpada, conserto de algum item, troca de toldo, etc.
- A área de patrimônio também conta com um setor de apoio dentro da Secretaria de saúde:

Setor de Compras, Pagamentos e Patrimônio

Fone: 51 3982-1118 ou 1218

E-mails: sesa.administracao@lajeado.rs.gov.br

sesa.pagamentos@lajeado.rs.gov.br

sesa.patrimonio@lajeado.rs.gov.br



Identifique se tem alguém na sua equipe que tenha condições de lhe auxiliar nessas atividades

1. Identificando o trabalho

Pilar 2



3. Políticas e Programas de Governo

- Todos os serviços das unidades de saúde são pautados por políticas e programas de governo. Frente a isso, os profissionais que atuam na saúde pública necessitam conhecer as políticas e programas para aplicar no seu estabelecimento de saúde;
- As políticas e programas são criadas e distribuídas através das três esferas: federal, estadual e municipal.
- É importante você saber que nem todas as políticas e programas são aplicáveis no seu território, sendo assim, é imprescindível que conheça o seu território e as particularidades dele para poder elencar, junto com a sua secretaria, quais serão aplicados conforme as características do seu local e regras do programa.



Leia atentamente a Política Nacional de Atenção Básica



O site do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e o site da prefeitura do seu município trazem informações sobre esses programas e políticas.

1. Identificando o trabalho

Pilar 2



3. Políticas e Programas de Governo

- As políticas e programas de governo, são ações que pautam os tipos de serviço e atendimento prestados a população. Normalmente estão vinculados a indicadores e estes estão vinculados a financiamentos, ou seja, se a sua instituição de saúde cumpre critérios para desenvolver alguma política ou programa de governo e você e sua equipe cumprem com as metas e orientações estabelecidos, o seu município e local recebem recursos financeiros. Sendo assim, quanto mais políticas e programas o seu município cumpre, mais recursos ele consegue.
- Entretanto é importante destacar que as políticas e programas não são exatamente as mesmas para todos os municípios e regiões. Isso porque cada município pode adquirir outros programas não vinculados as esferas estadual e federal.

Indicadores: A instituição terceirizada conta com metas e indicadores de desempenho que são monitoradas mensalmente. CASO VOCE SEJA TERCEIRIZADO (A) identifique as suas metas com a instituição contratante.

Esteja por dentro do novo programa de financiamento do governo federal para a saúde pública, o PREVINE BRASIL

<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

1. Identificando o trabalho

Pilar 2



3. Políticas e Programas de Governo

- No caso do município pesquisado, conta com programa o Pacto pela Paz, que é uma iniciativa da Prefeitura. É um movimento multissetorial que tem como objetivo estimular e promover a criação de uma cultura de paz no município, com o objetivo maior de prevenir a violência.
- O Pacto pela Paz é composto por diferentes eixos. No eixo da prevenção são desenvolvidos os projetos *AME*, *Conte Comigo*, *Seja*, *Cada Jovem Conta* e *Sagaz*. Além destes programas, o Pacto conta com os projetos da Justiça Restaurativa e dos Círculos de Construção de Paz.
- Sendo assim, os projetos **AME**, **Conte Comigo**, **Seja**, **Cada Jovem Conta** e **Sagaz** seriam os desenvolvidos com participação das equipe das ESFs. Entretanto, cada projeto tem um perfil específico de território e população aplicável. Sendo assim, nem todos os programas dos eixos serão realizados em todas as unidades de ESFs. Informe-se do seus!
- Um dos programas da esfera federal desenvolvidos no município é o PSE (Programa de Saúde na Escola). Entre no site do Ministério da Saúde e informe-se sobre as ações desse programa.



Normalmente esses projetos e programas contam com manuais de execução detalhado. Sendo assim, localize esses manuais nos arquivos da unidade ou solicite um novo para a Secretaria de Saúde.

Importante: Informações obtidas no site da prefeitura.

<https://wprd.lajeado.rs.gov.br/?>

[titulo=Pacto%20Lajeado%20pela%20Paz&template=conteudo&categoria=1027&codigoCategoria=1027](https://wprd.lajeado.rs.gov.br/?titulo=Pacto%20Lajeado%20pela%20Paz&template=conteudo&categoria=1027&codigoCategoria=1027)

1. Identificando o trabalho

Pilar 2



4. Gestão de Pessoas

- Conforme relatado anteriormente, o (a) Coordenador (a) de Serviço é responsável pela gestão de pessoas de todas as pessoas que compõem a equipe da ESF (técnicos, médicos, dentistas, ASB, ACS, ACE, recepção, farmácia, limpeza, estagiários, residentes, dentre outros);
- Uma das particularidades do município é o sistema de contratação híbrido. Podemos observar diferentes contratos dentro de uma mesma unidade, como por exemplo: contratos de concursados, contratados terceirizados, contrato de estágio CIEE, contrato de estágio Universidade, Residentes, Programa Mais Médico, dentre outros;
- O coordenador de serviço é responsável por administrar as regras relacionadas a esses contratos. Como controle de ponto, férias, folgas, horário de trabalho e as metas de cada profissional. Essa pluralidade de contratos impacta na diversidade e diferenciação de regras conforma cada instituição de vinculação de contrato, assim sendo, as regras não são as mesmas para todos. Você coordenador precisa conhecer esses tipos de contratos e as suas particularidades para poder fazer a sua gestão.

DIFERENTES MODALIDADES DE DE CONTRATOS

No município pesquisado existe o novo modelo de terceirização, com a parceria público-privada. Acarretando na existência de trabalhadores concursados e terceirizados, com modelos e cláusulas de contratos diferentes. Fique atento (a) a essas situações, pois vai demandar de você orientações e atribuições de gestão de pessoas e de processos diferentes. Identifique a instituição prestadora do serviço terceirizado e solicite informações ou tire suas dúvidas sempre que necessário.

:

1. Identificando o trabalho

Pilar 2

4. Gestão de Pessoas



- Tanto a Secretaria de Saúde quanto a empresa terceirizada contam com um setor de Recursos Humanos para lhe auxiliar nestes processos.

Recursos Humanos

Fone: 51 3982-1120

E-mail: sesa.rh@lajeado.rs.gov.br

Empresa Terceirizada

Fone: 51 3714-7000 - Ramal 5489/5498

WhatsApp: 55 51 99823-3259

2. Conhecendo a equipe e processos



- Parte essencial do trabalho da liderança é conhecer em maior profundidade sua equipe de trabalho;
- Frente a isso, sugere-se que, nos primeiros dias de trabalho na unidade, acrescente em sua agenda momentos individuais para conversar e conhecer;
- Busque compreender atribuições e responsabilidades atuais de cada um da equipe;
- Se faça presente na rotina de trabalho dos mesmos e observe em loco a atuação de cada um;
- Nesta conversa, busque também compreender quais atividades eles tem facilidade e quais atribuições mais lhe motivam;
- Fazer essa identificação é importante, pois só a partir dessa compreensão que você poderá pensar e programar um compartilhamento de suas atividades;
- Sabemos que o cargo de Coordenação do local é composto por muitas atribuições e metas. É **FUNDAMENTAL** você entender que não está sozinho(a)! Você tem uma equipe! E parte deste montante de trabalho pode ser compartilhado com outras pessoas.

2. Conhecendo a equipe e processos



O objetivo deste primeiro momento, é conhecer o trabalho, o local e a equipe. Nestas conversas você conseguirá compreender o andamento atual do local. Faça suas anotações e posteriormente reflita e reavalie possíveis mudanças.

2. Conhecendo a equipe e processos

Nome: _____

Função: _____

Formação: _____

Tipo de contrato: _____

Pontos Positivos

Pontos de Melhoria

Alinhe as
competências!

Buscar identificar no que a pessoa tem facilidade, e se esse potencial pode lhe auxiliar em alguma atribuição sua.

2. Conhecendo a equipe e processos

ATRIBUIÇÕES ATUAIS	NOVAS ATRIBUIÇÕES

Anotar as informações pode ser importante para você identificar quem da equipe tem maiores condições de competência, interesse e capacidade de assumir mais funções

2. Conhecendo a equipe e processos

- Cabe ao coordenador liderar as estratégias e ações da equipe e orientar para os resultados esperados;
- Você precisa entender as ações e estratégias e interpretá-las para sua equipe, com clareza, identificando quem é responsável por cada coisa.



Painel

O QUE FAZER	ATÉ QUANDO	QUEM VAI FAZER

Ocupe os membros da sua equipe na mesma proporção, ou seja, equalize a distribuição das demandas entre todos os membros.

Assim você ganha velocidade e engajamento!



2. Conhecendo a equipe e processos

Alinhando comportamentos:



**Diga para sua equipe como você
gosta de trabalhar**

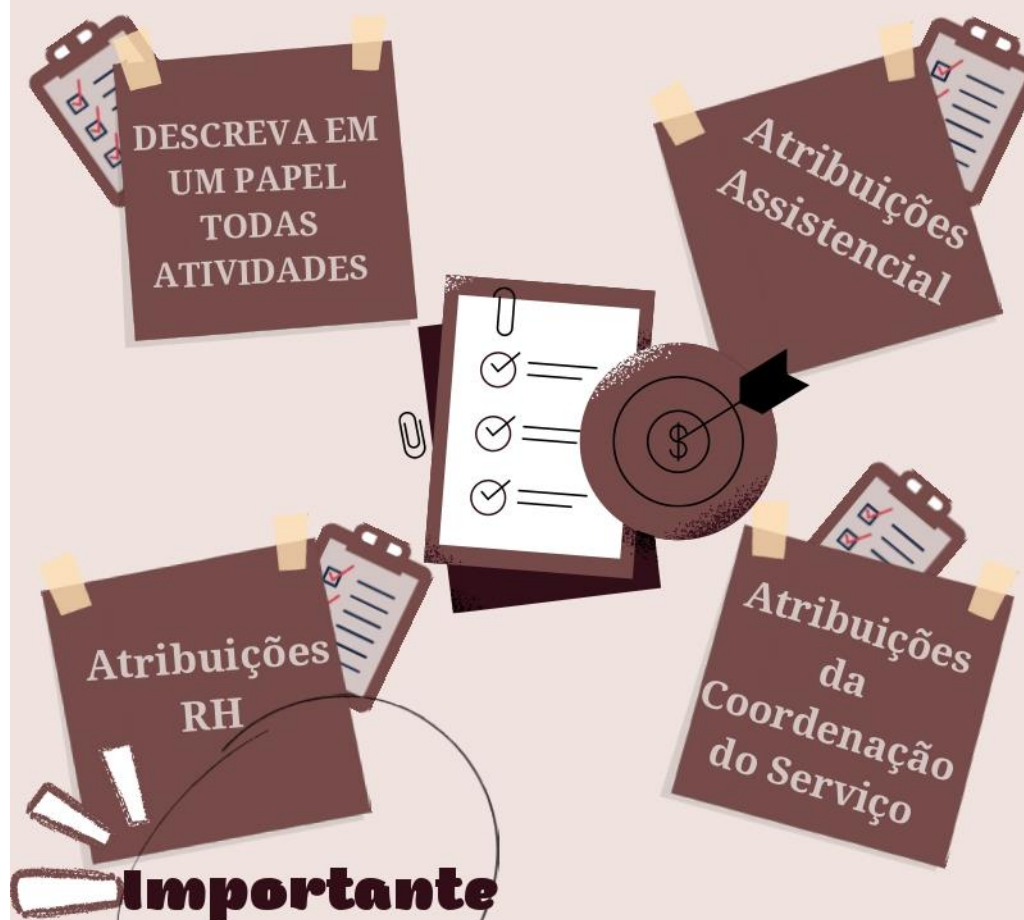
Gosto de trabalhar com pessoas que....

Não gosto de trabalhar com pessoas que....

Eu gosto de trabalhar assim... O que você acha?



2. Conhecendo a equipe e processos




Liste cada uma delas conforme as categorias acima e informe os prazos e metas relacionadas a cada uma delas




2. Conhecendo a equipe e processos

Atividade: Assistencial

 Tarefa 1 -Coleta de Pré-câncer

 Prazo -Até o dia 30 de cada mês

 Meta -30 coletas mês



 Tarefa 2- _____

 Prazo - _____


 Meta - _____



2. Conhecendo a equipe e processos


Atividade: _____

 Tarefa 3 - _____

 Prazo - _____

 Meta - _____



 Tarefa 4- _____

 Prazo - _____


 Meta - _____



2. Conhecendo a equipe e processos

Atividade: _____

 Tarefa 5 - _____

 Prazo - _____

 Meta - _____



 Tarefa 6- _____

 Prazo - _____

 Meta - _____



3. A arte de Liderar



Você precisa ter clareza, desde o início, que liderar pessoas vai exigir múltiplos estilos de liderança frente as subjetividades das pessoas da sua equipe.

UM ESTILO ÚNICO DE LIDERANÇA NÃO VAI SER EFICAZ.

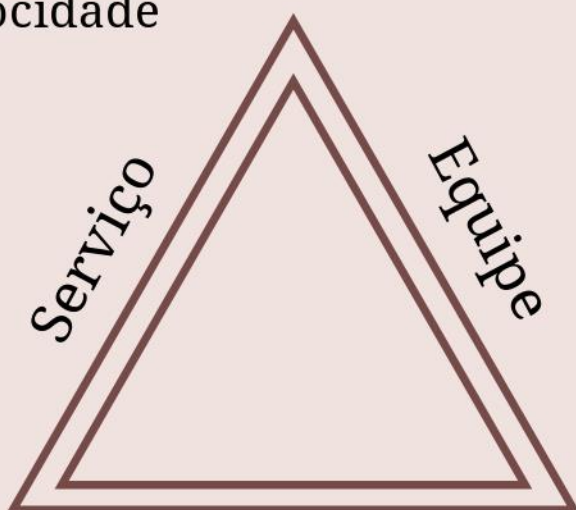
Se você tem uma equipe de 10 pessoas, poderá ter até 10 estilos de liderança diferentes.



3. A arte de Liderar

➤ LIDERAR É ...

Liderar é organizar de forma eficiente e saudável uma relação triangular, onde cada uma das pontas tem motivações distintas, mas apesar disso precisam seguir juntos na mesma direção e velocidade




Usuário



3. A arte de Liderar

→ LIDERAR É ...

Liderar é orientar, engajar, inspirar as pessoas a fazerem o que precisa ser feito, visando a maior qualidade e eficiência do serviço.



Inspirar as
pessoas a fazerem
o que precisa ser
feito

3. A arte de Liderar



→ **LIDERAR É ...**

Não existe um perfil "correto de líder". Existe o SEU PERFIL. Para uma melhor desenvoltura é fundamental o autoconhecimento. A partir dele você poderá CONSTRUIR o seu perfil de liderança.

SUAS POTENCIALIDADES SÃO:

A large, empty rectangular box with a brown background and a dark border, designed for the user to write their own potentialities. The top-right corner is folded over, giving it a sticky-note appearance.

SUAS LIMITAÇÕES SÃO:

A large, empty rectangular box with a brown background and a dark border, designed for the user to write their own limitations. The top-right corner is folded over, giving it a sticky-note appearance.

3. A arte de Liderar



**Com base na
identificação do seu
perfil responda...**

→ **LIDERAR É CONSTRUIR...**

CONSTRUIR..... *Relacionamentos*

CONSTRUIR..... *Confiança*

CONSTRUIR..... *Engajamento*

CONSTRUIR..... *Resultados*

CONSTRUIR.....

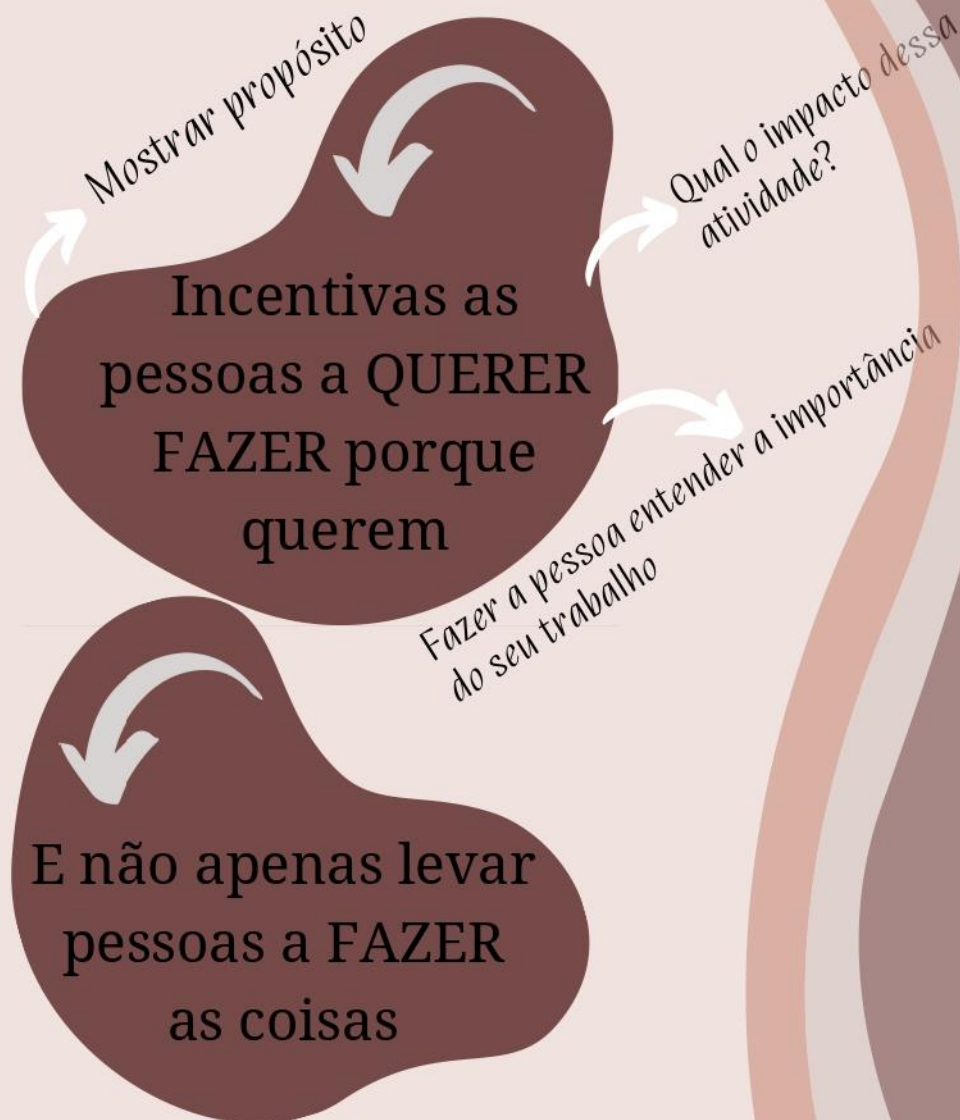
CONSTRUIR.....

CONSTRUIR.....

3. A arte de Liderar

➔ **LIDERAR É ...**

Construir engajamento



3. A arte de Liderar

→ **LIDERAR É ...**

Dar retorno sobre
comportamento e desempenho.

LIDERAR É ...

Dar **FEEDBACK!**

NÃO EXISTE
equipe de **ALTA**
performance **SEM**
FEEDBACK!



Elogiar e
reconhecer!



Ficou bom,
mas...

3. A arte de Liderar



Elogiar e reconhecer!

Feedback Positivo: Visa fortalecer o bom comportamento e desempenho, assim como visa destacar a diferença que a pessoa faz para a organização.



Ficou bom, mas...

Feedback Construtivo: Visa fortalecer aspectos positivos já existentes, mas tem também como objetivo estabelecer melhorias.

O líder não vai somente apontar o que tem precisa ser melhorado, ele vai, junto com o liderado construir o caminho.

Pois nem sempre após o feedback construtivo o liderado vai saber o que fazer ou como promover essa mudança.

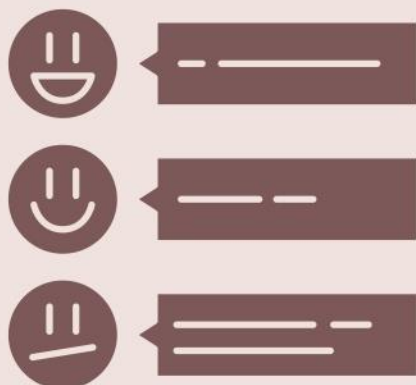
Motivo pelo qual muitas vezes o feedback não tem resultado

3. A arte de Liderar



Dar FEEDBACK!

- **Tão importante quanto dar um feedback é registrar o mesmo!**
- Ter esses registros vai facilitar o seu controle e análise de determinada situação, comportamento e desempenho da equipe, identificando a evolução ou não de determinada pessoa da sua equipe.
- **Esse registro facilita também o próximo feedback, ainda mais quando for pelo mesmo motivo. Ou seja, a pessoa poderá "perceber" facilmente a quantidade e a frequência de determinada ocorrência.**



3. A arte de Liderar

Formulário de Feedback



FORMULÁRIO DE FEEDBACK

Nome do Trabalhador: _____

Função: _____

Gestor Responsável: _____

Data do Feedback: ___/___/___

Pontos Positivos:

Pontos a serem melhorados:

Tratativas:

- Construir com a pessoa o que ela precisa fazer para promover as melhorias, anotar o ACOMPANHAR!

Assinatura Gestor

Assinatura Trabalhador

Para não terminar...



Para complementar as reflexões realizadas até aqui, separamos dicas de livros e outros endereços eletrônicos como sugestão para continuidade deste processo de construção da liderança.

LIVROS

Título: Gestão de Pessoas em Saúde

Autor: Haino Burmester

Título: Recursos de Relacionamento para profissionais de saúde

Autor: Maria Tereza Maldonado e Paulo Canella

Título: A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde

Autor: Álvaro da Silva Santos e Sônia Maria Rezende de Miranda

Título: Trabalhador da Saúde: Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde

Autor: Serafim B. Santos-Filho e M. Elizabeth Barros de Barros

LIVROS**Título: A coragem para liderar**

Autor: Brené Brown

**Título: As 5 habilidades essenciais nos relacionamentos**

Autor: Dale Carnegie e Associados

Título: Comunicação não violenta

Autor: Marshall B. Rosenberg

Título: Mulheres na liderança

Autor: Lucelena Ferreira

Título: O trabalho como deve ser

Autor: Leah Weiss

Título: A organização sem medo: Criando segurança psicológica no local de trabalho para aprendizagem, inovação e crescimento

Autor: Amy C. Edmondson

LIVROS

Título: Equipes Brilhantes

Autor: Daniel Coyle

Título: Virei chefe, e agora?

Autor: Bob Selden

Título: Inteligência Emocional

Autor: Daniel Goleman

Título: A tríade do tempo: família, trabalho, vida

Autor: Christian Barbosa

Título: Obrigado pelo feedback

Autor: Douglas Stone e Sheila Heen

Título: Reinventar a liderança: um desafio diário

Autor: Ana Beatriz Giovanoni e Kittina G. Dahlke



SITES DE CURSOS GRATUITOS



1. 10 cursos online gratuitos sobre liderança e gestão de pessoas: Leia mais em:
<https://vocerh.abril.com.br/cursos/10-cursos-online-gratuitos-sobre-lideranca/>
2. **A liderança na gestão de equipes - SEBRAR - 3h de curso com certificação:**
<https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/cursosonline/a-lideranca-na-gestao-de-equipes,df70b8a6a28bb610VgnVCM1000004c00210aRCRD>
3. 10 cursos de liderança online e gratuitos para se capacitar: <https://ducz.com.br/blog/gestao-pessoal/cursos-de-lideranca-online/>
4. **Cursos e tutoriais gratuitos de Liderança:**
<https://www.udemy.com/pt/topic/leadership/free/>

ATENÇÃO 

Abaixo link de uma pasta virtual com arquivos de mais materiais complementares

https://drive.google.com/drive/folders/1nH9ClJFoRNFJgaXc_wBWzcqkrRp7NK6k?usp=sharing

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS



A partir da pesquisa-intervenção realizada, foi possível constatar que a Coordenação de Serviços na área da Saúde Pública é uma função importante, complexa, permeada por muitos desafios.

Pela dimensão do tema proposto, este guia buscou trazer recortes de reflexões evidenciadas como necessárias pelos profissionais participantes. Entretanto cabe ressaltar que é um assunto que não se esgota e que a intencionalidade deste produto não era trazer todas as discussões pertinentes a este assunto e nem de dar conta das mesmas.

Por esse motivo, foram indicados livros e materiais complementares para que cada profissional personalizasse a sua busca por informações específicas.

Referências



ALBUQUERQUE, Jamil. A arte de lidar com pessoas: a inteligência interpessoal aplicada. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

CURY, Augusto. **Gestão da Emoção**. São Paulo: Saraiva, 2015.

GOLEMAN, Daniel. **Liderança: a inteligência emocional na formação de líderes de sucesso**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

MANDELLI, Pedro; LORIGOGIO, Antônio; MANDELLI, Livia. **Imaginado e desenhando a liderança**. São Paulo: Saraiva, 2017.

MANDELLI, Pedro; LORIGGIO, Antônio. **Liderando para alta performance: conceitos e ferramentas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

MARTINS, Beth. **Virei supervisor e agora? Como atender ao que esperam de você na nova função**. São Paulo: Saraiva, 2012.

STONE, Douglas; HENN, Sheila. **Obrigada pelo feedback**. São Paulo: Portfólio Pinguim, 2016.