

## Organização do processo de trabalho dos coordenadores na gerência da Estratégia Saúde da Família

### *Organization of the working process of the coordinators in the Family Health Strategy management*

Daniela Savi Geremia<sup>1</sup>, Jiênifer Souza de Oliveira<sup>2</sup>, Susane Karine Kerckoff Machado<sup>3</sup>,  
Andressa Agnolin de Oliveira<sup>4</sup>, Vitória Maria Marques<sup>5</sup>, Maíra Rossetto<sup>6</sup>

Artigo Original

#### RESUMO

Este estudo buscou analisar a organização do processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município polo da região oeste catarinense. Estudo qualitativo desenvolvido por meio de grupo focal com vinte e dois coordenadores de ESF. O método de análise foi o Discurso do Sujeito Coletivo, que emergiu três ideias centrais: I) Gerência na ESF; II) Suporte nas práticas de cuidado e gerência; e, III) Sobrecarga de profissionais e gerentes que atuam na ESF. O trabalho de coordenação e gestão dos centros de saúde da família tem se demonstrado um verdadeiro desafio com impacto direto na operacionalização das práticas de atenção à saúde e na implementação de políticas que tenham como referência os princípios e atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da família. Gestão em saúde. Sistema único de saúde. Enfermagem.

#### ABSTRACT

This study sought to analyze the organization of the work process of the coordinators of the Family Health Strategy (ESF) in a pole municipality in the western region of Santa Catarina. Qualitative study developed through a focus group with twenty-two ESF coordinators. The analysis method was the Discourse of the Collective Subject, from which three central ideas emerged: I) Management in the ESF; II) Support in care and management practices; and, III) Overload of professionals and managers who work in the ESF. The work of coordinating and managing family health centers has proven to be a real challenge with a direct impact on the operationalization of health care practices and the implementation of policies based on the essential principles and attributes of Primary Health Care in Brazil.

**KEYWORDS:** Family health. Health management. Unified health system. Nursing

<sup>1</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>

<sup>2</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8097-331X>. E-mail: [jienniferdeoliveira@gmail.com](mailto:jienniferdeoliveira@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4740-0717>

<sup>4</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5300-6954>

<sup>5</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1656-5236>

<sup>6</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5683-4835>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) confere à população brasileira o direito ao acesso universal à saúde instituídos na Constituição de 1988. A sua origem relaciona-se à necessidade de mudança do modelo de saúde até então existente, pautado na assistência médica, curativa e individual, que era insuficiente para suprir todas as problemáticas e necessidades de saúde da população<sup>1,2</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como um serviço de entrada preferencial dos usuários na rede do SUS. Há mais de vinte anos, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como modelo prioritário de organização do sistema. Inicialmente, foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de fortalecimento da APS, por sua capacidade de reestruturar e de reorganizar novos processos de trabalho para o desenvolvimento das práticas e da gestão em saúde. Em 1997, passa a ser reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF) a ser desenvolvida em caráter contínuo e não apenas como um programa, com potencial para reformular o modelo de assistência e do cuidado, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, assistência e de recuperação em todos os ciclos vitais de atenção à população<sup>3</sup>.

A ESF impulsiona inovações e transformações nos procedimentos de trabalho, em grande parte graças ao envolvimento das equipes de saúde multi e interprofissionais. Essa abordagem organizacional permite uma atuação fundamentada nos determinantes sociais da saúde, facilitando o estabelecimento de vínculos com a comunidade e fortalecendo o compromisso e a corresponsabilidade dos usuários.

Com o objetivo de fortalecer o trabalho pautado nas equipes multiprofissionais, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), até o ano de 2020, atuou de forma articulada com os membros das Equipes de Saúde da Família (eSF)<sup>4</sup>. Após a descontinuidade do NASF, os municípios têm liberdade na forma de composição das equipes, dispensando o uso de parâmetros para a conformação de equipes integradas e com saberes distintos<sup>5</sup>.

As eSF são estruturadas com enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além dos farmacêuticos, odontólogos e técnicos de saúde bucal, que atuam de forma colaborativa frente aos cuidados prestados. Não obstante, além do contato direto com os usuários, o trabalho em equipe envolve relações e aspectos da comunicação, cooperação, interação e empatia<sup>6</sup>.

Para dar suporte à equipe, a atividade de organização do processo de trabalho prescinde de uma atuação proativa de gerente da atenção básica, dessa forma, as práticas de atenção à saúde e as ações estratégicas desenvolvidas são moldadas para atender à população em termos de suas necessidades de cuidado. Além disso, é responsabilidade do coordenador da eSF

incentivar, conscientizar e envolver sua equipe na superação dos desafios diários no ambiente de trabalho<sup>7,8</sup>.

Dessa forma, as práticas de atenção à saúde e as ações estratégicas são moldadas de modo a atender às necessidades da população em termos de cuidado. Além disso, é responsabilidade do coordenador da ESF incentivar, conscientizar e envolver sua equipe na superação dos desafios diários no ambiente de trabalho

Os coordenadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) enfrentam uma variedade de desafios ao planejar e executar seu processo de trabalho. É crucial compreender os fatores envolvidos nesse processo. Com o intuito de investigar a execução dessa atividade gerencial, este estudo teve como objetivo analisar a organização do processo de trabalho dos coordenadores da eSF em um município central da região oeste de Santa Catarina.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de uma entrevista de grupo focal, com vinte e dois coordenadores das UBSs do município de Chapecó/SC. O cenário da pesquisa consistiu nas UBSs do município de Chapecó, situado na região oeste de Santa Catarina, considerado município polo de atenção à saúde na região e abrange trinta e oito municípios circunvizinhos. Chapecó apresenta uma população estimada de 224.013 mil habitantes<sup>9</sup>.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Chapecó está estruturada através da APS que mantém o papel de ordenadora das ações em saúde e também conta com a Atenção Especializada (AE), que complementa assistência aos usuários com serviços ambulatoriais, psicossociais, urgência e emergência. O acesso na maioria dos serviços de saúde ocorre pela porta aberta, contudo, o município conta com serviços de apoio técnico e logístico para estabelecer o atendimento, como o Sistema de Regulação (SISREG) que viabiliza a integração entre os diferentes pontos da rede<sup>10</sup>.

O método de escolha foi intencional considerando a função profissional de coordenador da UBS. O município estudado dispõe de vinte e seis UBSs com 53 eSF que mantêm uma cobertura assistencial de 91,12%. No cenário desta pesquisa, as vinte e seis unidades são coordenadas por profissionais da enfermagem, sendo uma por uma técnica de enfermagem e as outras 25 por enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada com a técnica de entrevista de grupo focal, que trata de uma entrevista em grupo, no qual possibilita aos participantes explorarem seus pontos de vista, suas experiências e troca de ideias, a partir de reflexões sobre um determinado tema de investigação<sup>11</sup>. A técnica de entrevista de grupo focal possibilita a compreensão da formação e diversidade de percepções, opiniões e atitudes. Essa abordagem é utilizada para realizar uma

análise de dados mais detalhada e aprofundada, visando aprimorar o entendimento do tema em questão.<sup>8, 11</sup>.

Os critérios de inclusão utilizados foram: 1) todos os coordenadores (as) que atuam na APS há pelo menos um ano. E como critérios de exclusão: os profissionais que estavam em férias, afastados ou em atestado médico. A entrevista de grupo focal com os coordenadores das UBSs foi realizada em outubro de 2019, em um espaço disponibilizado na secretaria municipal de saúde, e o grupo focal foi mediado por três facilitadores da equipe da pesquisa.

As questões abordadas versaram sobre a estrutura dos serviços frente à disponibilidade de equipamentos, medicamentos, materiais e suas interferências no processo de cuidar; no processo de trabalho foi questionada a rotatividade, organização da agenda de atendimentos, condução das reuniões de equipe, identificação dos espaços de debates entre a equipe, relações interprofissionais e intersetoriais e avaliação dos coordenadores sobre os serviços ofertados; além disso, debateu-se sobre a percepção dos coordenadores sobre a resolutividade, longitudinalidade e integralidade da assistência à saúde. O tempo de duração da entrevista de grupo focal foi de 90 minutos e as discussões foram gravadas e transcritas mediante a autorização dos participantes. As perguntas foram lançadas para o grupo e o debate foi mediado para dar a oportunidade a todos de se expressarem.

Cabe destacar que, mesmo diante de um número grande de participantes no grupo focal, este só foi possível porque a comunicação e interação sobre o tema abordado era de conhecimento rotineiro de todos os envolvidos. Além disso, a discussão ocorreu de forma proveitosa e com a colaboração de três pesquisadores na facilitação dos debates, oportunizando conexão e vínculo para garantir a participação de todos os integrantes. Assim, considerando a proposta temática do grupo focal, considerou-se que não houve limitações para as manifestações e debates.

Os resultados foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste em uma ferramenta qualitativa, que procura expressar fidedignamente o pensamento de uma população sobre um determinado tema. Foi realizada uma análise minuciosa das entrevistas, identificando e sublinhando as Expressões-Chave (EC) presentes no texto. Estas EC's são trechos das entrevistas do grupo que demonstram as temáticas debatidas. Após a sinalização das EC's, foram unificadas as expressões semelhantes criando as Ideias Centrais (IC), assim, as falas combinam-se de forma concisa para transmitir o significado de um composto coletivo. Posteriormente a isso, foram agrupadas as IC's e construídos os DSC's sobre a temática em questão<sup>8, 12</sup>.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS (parecer n.º 3.440.211, CAAE n.º 80747517.8.0000.5564) e, a partir disso, todos os participantes do grupo focal concordaram em

assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Os participantes foram identificados através de nomes de ‘cidades’ para os registros das falas e a preservação da identidade, em seguida, foram formados os DSC que são apresentados na seção de resultados por ordem numérica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 25 gerentes de UBSs, sendo vinte e três gerentes do sexo feminino e dois do sexo masculino, e todos eles apresentaram formação de graduação em enfermagem e, apesar de uma ser servidora pública como técnica de enfermagem no município, ela tem formação superior. Em média, os participantes tinham 35 anos de idade, com tempo de atuação na saúde da família entre 3 e 20 anos; no que se refere à especialização e capacitação profissional, 48% (12 profissionais) apresentaram especialização na área de APS, saúde da família ou áreas afins.

A partir da organização dos dados emergiram três: I) Gerência na eSF; II) Suporte nas práticas de cuidado e gerência; e III) Sobrecarga de profissionais e gerentes que atuam na eSF.

### I) Gerência na ESF

Na organização do processo de trabalho e coordenação da eSF, a rotatividade dos profissionais e a dificuldade da criação do vínculo, o número excessivo de usuários e a infraestrutura insuficiente, o acúmulo de funções assistenciais/gerenciais e a dificuldade de manejo da equipe foram apontados no DSC.

A constante mudança de profissionais que compõe a equipe é constituída como um desafio para a organização do processo de trabalho. Uma das dificuldades está centrada na criação de vínculos entre profissionais e usuários, sendo um importante atributo da APS para se alcançar bons resultados de saúde. Entretanto, a rotatividade de alguns profissionais nas UBSs compromete o fortalecimento de vínculos e a continuidade do cuidado junto aos usuários e à comunidade e, por consequência, a garantia do cuidado integral<sup>13</sup>. Sob a ótica do enfermeiro gerente das unidades de eSF, percebe-se que:

“Melhorou muito essa questão da rotatividade profissional em relação à equipe de enfermagem e ao setor administrativo, mas, no momento, a maior rotatividade é médica. Estou abrindo a agenda para sete médicos diferentes na unidade, porque vem em dois dias da semana uma determinada pessoa, dois turnos outra pessoa, e assim vai! É um momento de troca após o concurso público e aí tem muito servidor contratado, na minha unidade, por exemplo: de três clínicos, dois são contratados”. (DSC 1)

O DSC 1 revelou que existe uma preocupação por parte dos coordenadores com a rotatividade dos profissionais. O dimensionamento de pessoal, que envolve a organização da equipe e seu quantitativo para manutenção do atendimento à população, faz parte do processo de trabalho do gestor. Com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>14</sup>, fica ainda mais evidente essa função atribuída ao coordenador da unidade, identificado como ‘Gerente de Atenção Básica’, pois são designadas a ele diversas atividades como acompanhamento, monitoramento e orientação dos processos de trabalho das equipes<sup>15</sup>, o que inclusive justifica a preocupação com a rotatividade por parte dos coordenadores. Ademais, a não fixação dos profissionais, para além do vínculo, prejudica o aprendizado dos fluxos, rotinas e das normatizações de cada unidade de saúde, fazendo com que o gestor tenha que, a cada troca, reorganizar as funções desempenhadas pelos profissionais e rerepresentar a unidade de saúde.

Ainda sob a perspectiva da construção do vínculo, um ponto preocupante quando considerada a rotatividade profissional, diz respeito à possibilidade de adesão às Equipes de Atenção Básica (eAB) nas UBSs, de carga horária semanal mínima de 10 horas e máxima de 40 horas. Nesse formato de equipe e com essas condições de trabalho, pode ocorrer a impossibilidade da criação de vínculos, bem como a inviabilização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nos territórios<sup>18</sup>. Nesse contexto, ao levar em consideração a importância de estabelecer vínculos com os usuários, tanto o DSC 2 quanto o DSC 3 levantam questões significativas relacionadas à organização dos serviços e ao processo de trabalho.

“Hoje, na minha unidade de saúde, fazem milagre no atendimento aos usuários. Como vamos fazer para criar vínculo numa eSF com até 3.500 usuários? Então, não existe aquela palavra chamada vínculo, não se cria vínculo, não existe vínculo com a estratégia de saúde da família e os profissionais”. (DSC 2)

“Há um planejamento de ampliar as equipes da estratégia saúde da família, colocar mais profissionais onde as estruturas não comportam, não tem como. A questão desse inchaço populacional no município, dessa estrutura reduzida, dessa estrutura que a gente não tem manutenção preventiva e, ainda, o mais frustrante, é você ver, tentar fazer e aquilo não ser resolutivo”. (DSC 3)

Na percepção dos coordenadores das UBSs, o atendimento de 3.500 usuários, mesmo estando dentro do que é preconizado em estudos e na própria PNAB, representa um enorme desafio. Um Estudo apresenta uma proposta metodológica para que seja calculado o número de habitantes por áreas potenciais a ser definido por unidade de saúde, a partir de uma série de variáveis combinatórias entre setores censitários e localização das unidades que apresentavam equipes de APS no Brasil<sup>16</sup>, considerando a cobertura potencial e a capacidade e possibilidade de oferta. No entanto, é importante ressaltar que cada território possui características específicas e a definição do número de habitantes deve levar em consideração um profundo conhecimento

do perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural de cada região.

Um ponto importante refere-se à possibilidade de o usuário ser atendido fora da sua zona de cobertura, o que pode acarretar o aumento da demanda em unidades específicas, podendo gerar números superiores a 3.500 usuários. Nesse aspecto, os gestores das unidades de saúde precisam concentrar esforços em saber quais são seus usuários cadastrados e que compõem a área de abrangência, estando preparados para atender, eventualmente, os usuários que não são de seu território. Isso gera um esforço dos coordenadores das unidades para garantir a adequada organização da unidade de saúde, seja por quantitativo de pessoal, materiais e estruturas físicas adequadas.

No DSC 3, os coordenadores relatam que a infraestrutura é um fator determinante do processo de organização e gestão do trabalho na UBS. A partir desta prerrogativa, emerge outra problemática, que se relaciona à incapacidade de que algumas unidades apresentam em comportar mais equipes de saúde da família, bem como reforçam que o território é superestimado devido ao grande número de usuários por equipe. O município estudado tem previsão na programação anual de saúde em ampliar a cobertura pelas eSFs, entretanto, há que se destacar que essa expansão vai demandar melhorias nas condições de infraestrutura e no ambiente de trabalho.

Conforme os coordenadores manifestaram na frase “*o mais frustrante é você ver, tentar fazer e aquilo não ser resolutivo*” do DSC 3, nota-se o descontentamento e sentimento de impotência dos coordenadores por não conseguirem desenvolver as melhorias na atenção à saúde, a partir das condições de trabalho ofertadas.

Destarte, os coordenadores, por meio do DSC 4, descrevem a importância de delimitar melhor as funções para os cargos de gerência/coordenação da unidade e para a assistência.

No cenário desta pesquisa, as vinte e seis unidades são coordenadas por profissionais da enfermagem, sendo uma por uma técnica de enfermagem e as outras 25 por enfermeiros. Essa situação pode ser positiva, pois promove a integração e articulação entre as equipes de cada unidade, porém, também pode ser um obstáculo para a realização de cuidados mais efetivos e longitudinais. Ambas as funções exigem muito trabalho e influenciam na vinda de enfermeiros de outras equipes para assumirem parte da demanda assistencial do enfermeiro coordenador, pois ele está envolvido com uma série de atribuições próprias do cargo que ocupa, conforme é evidenciado no DSC4.

“Essa função talvez do(a) coordenador(a), na estrutura do qualifica, uma estrutura dificilmente lapidável do gerente, qual seria a real função? Porque não adianta ter somente o cargo instituído; quando eu estou lá na unidade com um monte de paciente esperando, eu assumo a demanda. Quando a gente fala de separar a gerência da assistência, acho que não seria ruim, desde que a pessoa que for executar a gerência tenha competência

técnica para a função. Se tivesse um trabalho sistemático, não teria essa sobrecarga tão grande para nós coordenadores. Assim, eu poderia fazer até um trabalho melhor de coordenação ou assistência, enfim”. (DSC 4)

O trabalho de gerência exercido pela enfermagem é uma forma de cuidado que deve ser valorizada tanto quanto a prática assistencial<sup>17:2</sup>. Os coordenadores das UBSs são, desse modo, responsáveis pelo conjunto de atividades desenvolvidos na unidade e pela dinâmica de trabalho das equipes. Quando algum membro da equipe não desempenha sua função adequadamente, pelos mais variados motivos, a coordenação acaba assumindo os ônus profissionais, o que pode gerar sentimento de frustração e cansaço, o DSC 5 expõe essa situação.

“A qualidade técnica dos profissionais que estão chegando na rede é baixa. Há muito descomprometimento da equipe. Em todas as categorias profissionais, desde a enfermagem, médicos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nem dá para comentar. Então, o principal problema em coordenar a unidade é você ter que exigir que a agente de saúde faça uma visita, você tem que exigir que o auxiliar de enfermagem esteja na sala atendendo, porque, quando se dá conta, ele está na cozinha matando tempo. Então, eu vejo uma dificuldade muito grande nessa questão de você ter que pedir para as pessoas fazerem o trabalho delas, porque, afinal, elas são contratadas para isso, mas não fazem”. (DSC 5)

O DSC 5 demonstra descontentamento dos coordenadores com o processo de formação de profissionais para atuar na APS em todas as categorias profissionais. Entende-se que o trabalho em equipe é sempre desafiador e as formas de comunicação entre os atores, com elaboração de planejamentos e metas em conjunto, pode gerar maior confiança, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração<sup>17</sup>.

## **IC – Suporte nas práticas de cuidado e gerência**

Alguns fatores que influenciam na atividade de gerência das coordenadoras são a dificuldade de trabalho com a falta de profissionais na equipe interprofissional e a prática de ações intersetoriais para atender às demandas de matriciamento da unidade de saúde. Isto posto, a análise do DSC 6 demonstra que a falta de profissionais nas eSF e no NASF interfere no funcionamento e desempenho de toda a RAS e impacta diretamente a sobrecarga dos profissionais. É indiscutível que o trabalho interprofissional pode promover segurança no cuidado ao paciente, integralidade, humanização das práticas e a promoção de alívio aos trabalhadores da saúde<sup>18</sup>.

“Tudo isso impacta a relação interpessoal da equipe, a estrutura e o processo de trabalho. Também a falta do NASF dificulta muito o nosso trabalho, pois a capacidade e atuação técnica de alguns profissionais são de extrema importância. Então, a gente esbarra nessa situação de falta dessa equipe de apoio à eSF”. (DSC 6)

O NASF tem potencial de fortalecer o trabalho em equipe, pois também envolve a corresponsabilização e a gerência do cuidado integrada com os profissionais da eSF<sup>19</sup>. Deste



modo, com a atuação interprofissional é possível garantir um cuidado contínuo e integral, reduzindo riscos, introduzindo ações de prevenção de doença, de promoção da saúde, ampliando a qualidade da atenção prestada e com maiores índices de sucesso<sup>6</sup>.

No DSC 7 e DSC 8 fica evidenciado que a ausência de apoio intersetorial traz dificuldades para a integralização do cuidado e para o trabalho gerencial.

“As pessoas não têm o que comer, as pessoas não têm dinheiro para pagar o aluguel, não têm dinheiro para pagar água e luz, isso com certeza faz parte dos determinantes de saúde, vai afetar a saúde da população e a gente não consegue resolver o problema, assim, meu paciente sempre estará dentro da unidade de saúde. As questões sociais que envolvem nossos usuários e as discussões da grande maioria dependem da resolutividade da assistente social. Então, não consegue trabalhar saúde mental sem trabalhar o social, está muito vinculado, não tem um caso que o social não esteja dando suporte à parte da assistente social”. (DSC 7)

“Você faz uma denúncia, um pedido de responsabilização da família, eles te respondem que com aquela pessoa está tudo bem, sendo que aquele idoso está passando fome, tu vêes que tem aquelas coisas que estão acontecendo, que a gente não está conseguindo ajudar, porque ultrapassa o que nós podemos fazer internamente na unidade, as nossas responsabilidades”. (DSC 8)

Os coordenadores da eSF revelam situações de vulnerabilidade social dos usuários que utilizam os serviços. Na prática, compreende-se que a abordagem do conceito ampliado de saúde, estruturado na determinação social do processo saúde e doença, é um dos maiores desafios a serem resolvidos no SUS. As equipes de profissionais sentem-se enfraquecidas por saberem que a implementação de políticas de saúde saudáveis e/ou de adesão ao tratamento de forma correta, por exemplo, é influenciada pela estrutura social dos indivíduos, suas famílias e redes de apoio.

Nesse sentido, a atuação interprofissional pode estar diretamente relacionada ao trabalho intersetorial e a ações desenvolvidas de modo a mitigar as desigualdades sociais. Esta ininterrupta relação objetiva a qualificação do processo de cuidado em saúde com o intuito de garantir a integralidade e a realização das atividades desenvolvidas pela APS no dia a dia. Destaca-se que o apoio intersetorial é um trabalho executado em redes, que estabelece conectividade entre os serviços, melhorando os vínculos e a participação coletiva dentro do serviço de saúde, contribuindo para a elaboração de novos espaços de produção da saúde, uma vez que, diferentes setores e saberes estão envolvidos. Dessa forma, o grau de responsabilização e autonomia dos trabalhadores é maior, aprimorando a qualidade das ações em saúde e, conseqüentemente, melhorando as condições de gerenciamento do serviço<sup>20</sup>.

## **IC- Sobrecarga de profissionais e gerentes que atuam na eSF.**

Ao assumir a função de coordenador de uma unidade de saúde, o enfermeiro amplia suas responsabilidades e precisa estar preparado para gerenciar uma equipe, sendo desejável no exercício das suas atribuições que atenda às metas e indicadores definidos nos instrumentos de planejamento da gestão municipal, os quais são determinados pelo desempenho de outros membros da equipe. Observa-se por meio dos DSC 9 e 10 que são inúmeros os fatores que ocasionam a sobrecarga profissional.

“Existem muitos mais fatores desmotivadores do que motivadores. Então, tem que inventar alguma coisa para motivar a sua equipe todo dia. Para nós, manter a motivação da equipe alta e ao mesmo tempo lidar com a saúde dela. Tu és o espelho e o termômetro, se tu um dia chegas meio para baixo, tu percebes que a equipe afunda também”. (DSC 9)

“Eu atendo, faço tudo e gerencio uma área também. Quando é contigo, ainda vais levando, mas tem aquele servidor que não aguenta, tu percebes que ele está sobrecarregado. Então, hoje a sobrecarga vem um pouco por esse processo que não é o ideal”. (DSC 10)

Os problemas a serem resolvidos entre a equipe, no atendimento aos usuários, com a gestão municipal e até mesmo com a linha tênue entre a satisfação e insatisfação do cargo<sup>21</sup>. As tensões diárias com as condições de trabalho, falta de recursos físicos e materiais, rotatividade e falta de profissionais, dificuldades em estabelecer vínculos e cuidados longitudinais, baixa articulação intersetorial e interprofissional, demandas dos usuários, falta de motivação da equipe<sup>21</sup> e formação profissional aquém das necessidades dos serviços são aspectos que influenciam na organização do processo de trabalho e geram sobrecarga para os enfermeiros coordenadores.

Para gerenciar uma equipe de forma eficaz, é necessário ter um perfil de profissional com afinidade pela gestão, preparado, capacitado e com habilidades de comunicação, motivação e competência técnica e política. Além disso, a empatia é fundamental para tomar decisões oportunas e os enfermeiros coordenadores devem utilizar ferramentas disponíveis, como o reconhecimento do trabalho em equipe, e ter habilidades para lidar com as relações sociais e as particularidades de cada indivíduo. Dessa forma, eles se tornam referências como facilitadores das práticas<sup>19, 22</sup>. Outrossim, a sobrecarga de trabalho conforme DSC 11 pode influenciar diretamente a qualidade do atendimento dos profissionais com os usuários, especialmente nessa articulação do árduo trabalho gerencial da enfermagem conciliado com a agenda dos atendimentos da clínica.

“A sobrecarga é grande e ao mesmo tempo você vê a sua equipe adoecendo. Eu sou coordenadora e enfermeira assistencial, então, né? Não tem como não se sobrecarregar, portanto, como já foi comentado aqui por várias colegas, de várias unidades. Existe uma sobrecarga de trabalho muito grande, nós mesmos, o (a) coordenador (a) está no balcão em determinada hora do dia, na outra hora está preenchendo o SISREG [Sistema de Regulação], em uma outra hora, ele está atendendo paciente. O enfermeiro acaba tendo essa sobrecarga. Na coordenação, além de a gente fazer toda parte de gerência, a gente tem que fazer a parte clínica. Também tem que dizer para a fulana que ela tem que fazer os trabalhos dela, você tem que cobrar relatório, você tem que ter pulso firme para fazer

sua área progredir. A gente faz múltiplas funções, só que são funções que não é qualquer um que vai fazer, então pelo menos vejo que tem que ser profissional da área da saúde". (DSC11)

Implementar estratégias que promovam a cooperação e a distribuição autônoma de atribuições e responsabilidades entre a equipe da ESF pode ter um impacto positivo na melhoria das relações de trabalho, na organização das práticas e nos serviços de saúde. Estas devem se dar a partir da valorização das competências e habilidades de cada membro da equipe, zelando pelo respeito às diversas formas de lidar com os desafios que cada pessoa enfrenta. Os modos de organização e relações que se estabelecem impactam na força de trabalho e na saúde dos trabalhadores<sup>19, 23</sup>.

Em relação à organização dos processos de trabalho na eSF, política central de implementação do modelo de APS no Brasil, são apontados inúmeros desafios do gerenciamento das unidades e que podem interferir na qualidade do atendimento aos usuários das UBSs. Para que a APS se efetive como ordenadora do cuidado na RAS, ela vai precisar se reinventar. Contudo, é necessário garantir sua capilarização em todo o território nacional e condições para ampliação do acesso e de sua capacidade de resposta aos principais problemas de saúde da população, que estes ocorram em tempo oportuno e com garantia de continuidade de atendimento nos demais pontos da RAS, de forma a possibilitar um cuidado integral e equânime com base numa atuação profissional sob a determinação social do processo saúde e doença<sup>24, 25</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise dos dados possibilitou identificar que a atividade gerencial é executada em sua totalidade pela Enfermagem. Sob a perspectiva dos enfermeiros coordenadores, o estudo mostrou que existem fatores que influenciam na organização dos processos de trabalho na eSF. Evidenciaram-se importantes fragilidades enfrentadas pelos coordenadores para a efetivação do processo de trabalho quanto ao atendimento das necessidades dos usuários e o desenvolvimento de práticas baseadas nos atributos essenciais da APS. Dentre estas, destacam-se alta rotatividade da equipe, infraestrutura inadequada, baixa qualificação profissional, pouca cooperação entre os profissionais e déficit de apoio intersetorial e interprofissional que resultam em sobrecarga de trabalho no cotidiano dos coordenadores.

A nova PNAB trouxe uma estruturação diferenciada das equipes e reorientação do seu processo de trabalho. Os principais avanços e contribuições deste estudo estão relacionados às análises empreendidas sobre os desafios de ser gerente em tempos de mudança das políticas de saúde no Brasil.

Sobre a organização do processo de trabalho dos coordenadores, cumpre destacar que estes, ao mesmo tempo que coordenam, também desempenham – acumulam – funções assistenciais na UBS. A função de coordenação de um serviço de saúde exige muitas habilidades e competências que, muitas vezes, não estão presentes na formação dos profissionais, assim como a habilidade do trabalho em equipe ou interprofissional.

Nesse sentido, buscou-se analisar e entender como a organização da atividade gerencial é empreendida na atenção primária e contribuir para a visibilidade dos profissionais diante da multiplicidade de atribuições nos serviços de saúde, fomentando o debate sobre estratégias para suprimir as lacunas que existem para o exercício das práticas do cuidado integral e equitativo originários das formas de organização dos processos.

Além disso, essa pesquisa foi além da análise do processo de trabalho, fornecendo insights relevantes para o diagnóstico local das práticas de gerenciamento na eSF. Isso demonstra um compromisso em avançar no campo do conhecimento científico e político, por meio do desenvolvimento de instrumentos que possibilitem aprimorar o planejamento e a gestão na APS.

Com base nos resultados desta pesquisa, torna-se evidente a necessidade de oferecer melhores condições estruturais e de trabalho para os coordenadores e equipes que atuam nas eSF/APS. Além disso, é de suma importância a disponibilização de capacitações que empoderem e fortaleçam o trabalho em equipe como base organizacional do serviço, sensibilizar os profissionais e motivá-los a desempenhar suas funções, bem como promover o respeito e a valorização profissional. A reorganização e definição das atividades assistenciais e gerenciais, juntamente ao apoio interprofissional e intersetorial de forma ampliada visam garantir um atendimento resolutivo e satisfatório aos usuários.

Contudo, é relevante que os serviços e as instituições formadoras de profissionais de saúde estabeleçam mecanismos de apoio mútuo e trocas de experiências que subsidiem a formação e preparo para atuação na eSF. Diante disso, é necessário elaborar políticas e estratégias voltadas para aprimorar a organização do processo de trabalho dos gestores dos serviços e suas equipes. Essa abordagem é crucial, considerando que os fatores mencionados têm um impacto direto na capacidade técnica e operacional de desenvolver práticas de atenção à saúde alinhadas aos princípios e atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (Brasil). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Ministério da saúde (Brasil). Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. [Internet], 2002 [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf).
3. Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rev. bras. educ. med. 2015, 39(2):196-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00912014>
4. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddadet MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery. 2018, 22(4):e20170372.
5. Radis Comunicação e Saúde (ESPN). Publicação Saúde da Família perde modelo do NASF. [Internet], 2020 [acesso em 2022 dez 13]. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>.
6. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC. Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis. 2011, 21(2):629-646. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>
7. Soder R, Oliveira IC, Silva LAA, Santos JLG, Peiter CC, Erdmann AL. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. Enferm. Foco. 2018, 9(3):76-80. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1496>
8. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde e Sociedade. 2018, 27(1):69-79. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170296>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades de federação: cidades e estados. [Internet], 2020 [acesso em 2022 dez 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/chapeco.html>
10. Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Chapecó: gestão 2022 – 2025. [Internet], 2022 [acesso em 2022 dez 12]. Disponível em: [https://drive.google.com/drive/folders/1EqQjMgvKwy9qgXMhfWrE-re8nrFnxVZ\\_](https://drive.google.com/drive/folders/1EqQjMgvKwy9qgXMhfWrE-re8nrFnxVZ_)
11. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2006, 14(5):1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KhvFsGT6xf5yxKXTqQ5PkRN/?format=pdf&lang=pt>
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2003.
13. Faria RM. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. Cien Saude Colet. 2019, 24(6):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
14. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). [Internet], 2017 [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
15. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate. 2018, 42 (1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

16. Rocha TAH, Almeida DG, Amaral PV, Silva NC, Thomaz EBAF, Queiroz RCS et al. Proposal for a methodology to estimate the potential coverage of primary care teams. *Rev Panam Salud Publica*. 2019, 43:e47. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.47>
17. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc Anna Nery*. 2018, 22(4):e20170441.
18. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018, 22(Supl. 2):1739-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
19. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020, 25(1):147-158. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>
20. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014, 19(11):4417-4426. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>
21. Araujo Neto JD, Albuquerque IMN, Bosi MLM. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos *stakeholders*. *Physis*. 2018, 28(4):e280417.
22. Fernandes JC, Cordeiro BC. The management of basic health units from the point of view of nursing managers. *Rev enferm UFPE*. 2018, 12(1):194-202. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-V12I1A23311P194-202-2018>
23. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016, 24:e2677.
24. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018, 42(n.spe1): 244-260. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
25. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis*. 2020, 30(1):e300100.

Artigo recebido em janeiro de 2021  
Versão final aprovada em dezembro de 2022