

## Pesquisas

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR NECESSIDADES DE PRÁTICAS EDUCATIVAS NAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO ALEGRE – RS**

**PERFORMANCE EVALUATION: INSTRUMENT TO IDENTIFY NEEDS FOR EDUCATIONAL PRACTICES IN PRIMARY CARE TEAMS IN PORTO ALEGRE – RS**

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: COMO INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE PRÁCTICAS EDUCATIVAS EM EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EM PORTO ALEGRE – RS**

Fernanda Picetti dos Santos<sup>1</sup>

Mariana Santiago Siqueira<sup>2</sup>

Roger dos Santos Rosa<sup>3</sup>

### Resumo

A avaliação de desempenho pode se apresentar como importante instrumento para os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) no momento da formulação de estratégias para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores. Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS, no ano de 2016. Propõe-se a identificar as necessidades educacionais que emergem a partir dos resultados das avaliações de desempenho e que demandam novas práticas. Para tanto, foi utilizada uma abordagem quantitativa e descritiva. O estudo foi realizado a partir das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, totalizando 1.288 avaliações de diferentes categorias profissionais. Os dados foram obtidos sem a identificação dos participantes. Na análise, emergiram quatro necessidades educacionais principais que demandam novas práticas: (i) dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde; (ii) participação infrequente nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade de Saúde e pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos no âmbito local; (iii) identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e (iv) frequência insuficiente de realização de atividades de educação em saúde com a população. Os dados disponibilizados permitiriam um desdobramento ainda maior de informações a serem analisadas,

<sup>1</sup> Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Recursos Humanos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nandapi7@gmail.com

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Gravataí, Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: marisantiago.mr@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: roger.rosa@ufrgs.br

porém, devido à concentração desprendida no enfoque proposto, os autores detiveram-se nos itens com resultados mais expressivos. Torna-se fundamental um planejamento estratégico a fim de possibilitar que os dados provenientes das avaliações de desempenho sejam anualmente analisados e utilizados para aperfeiçoamento contínuo da gestão local dos trabalhadores da saúde.

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

### Abstract

Performance evaluation can be an important tool for local managers of the Unified Health System (SUS) when formulating strategies for the professional development of workers. This research has as main objective to analyze the annual performance evaluations of the workers in the Primary Care teams of the Municipal Health Department of Porto Alegre – RS, in the year 2016. It is proposed to identify the educational needs that emerge from the results of performance evaluations and that demand new practices. For this, a quantitative and descriptive approach was used. The study was conducted based on the functional assessments of Primary Care workers in the municipality of Porto Alegre who performed it in 2016, totaling 1,288 assessments from different professional categories. The data were obtained without the individual identification of the participants. In the analysis, four main educational needs emerged that demand new practices: (i) the difficulty of health workers to promote community mobilization and participation in the implementation of social control, reinforcing the importance of the formation and / or effectiveness of Health Councils; (ii) infrequent participation in health education actions for Health Unit workers and little contribution to the teaching-learning processes developed at the local level; (iii) identification of partners and resources in the community that can enhance intersectoral actions; and (iv) insufficient frequency of carrying out health education activities with the population. Data made available would allow an even greater breakdown of information to be analyzed, however due to the concentration given off in the proposed approach, the authors stopped at the information they considered most relevant. Strategic planning is essential in order to enable data from performance evaluations to be annually analyzed and used to continuously improve the local management of health workers.

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

### Resumén

La evaluación del desempeño puede ser una herramienta importante para los gerentes locale del Sistema Único de Salud (SUS) al formular estrategias para el desarrollo profesional de los trabajadores. Esta investigación tiene como objetivo principal analizar las evaluaciones anuales del desempeño de los trabajadores em los equipos de Atención Primaria del Departamento de Salud Municipal de Porto Alegre – RS, em el año 2016. Se propone identificar las necesidades educativas que surgen de los resultados de las evaluaciones de desempeño y que exigen nuevas prácticas. Para esto, se utilizo un enfoque cuantitativo y descriptivo. El estudio se realizó con base en las evaluaciones funcionales de los trabajadores de Atención Primaria en el municipio de Porto Alegre que lo realizaron en 2016, totalizando 1,288 evaluaciones de diferentes categorías profesionales. Los datos se obtuvieron sin identificar a los participantes. En el análisis, surgieron cuatro necesidades educativas principales que exigen nuevas prácticas: (i) dificultad para los trabajadores de salud para promover la movilización y participación de la comunidad en la implementación del control social, reforzando la importancia de la formación y / o efectividad de los Consejos de Salud; (ii) participación infrecuente en acciones de educación en salud para trabajadores de la Unidad de Salud y poca contribución en los procesos de enseñanza-aprendizaje desarrollados a nivel local; (iii) identificación de socios y recursos en la comunidad que pueden mejorar las acciones intersectoriales; y (iv) frecuencia insuficiente de llevar a cabo actividades de educación sanitaria con la población. Los datos disponibles permitirían analizar um despliegue aún mayor de información, sin embargo, debido a la concentración emitida en el enfoque propuesto, los autores se detuvieron en la información que consideraron más relevante. La planificación estratégica es esencial para hacer posible que los datos de las evaluaciones de desempeño se analicen anualmente y se utilicen para mejorar continuamente la gestión local de los trabajadores de la salud.

**Palabras clave:** Evaluación de desempeño. Educación em salud. Atención primaria de salud. Recursos humanos.

## Introdução

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

No início do século XXI, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a iniciativa intitulada: ‘Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde’ (BRASIL, 2003). Em 2004 foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004), a ‘Política Nacional de Educação Permanente em Saúde’ (PNEPS), cujas últimas modificações ocorreram em 2017 (Portaria nº 2/GM). Para Ceccim (2005), a PNEPS tratava-se de uma estratégia do SUS em busca da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Na busca do desenvolvimento de competências dos trabalhadores, Dalmau e Benetti (2009) afirmam que a avaliação de desempenho é uma grande aliada nesse processo, pois é uma ação que permite a análise sistemática de cada pessoa nas atividades que realiza, mensurando assim suas potencialidades e fragilidades. Além disso, Cabrito (2009) menciona que tudo pode e deve ser avaliado no sentido de melhoria da qualidade, permitindo que seja fornecido ao trabalhador um feedback relativo à sua contribuição para o desenvolvimento da organização.

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

No município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), foi implantado um sistema de avaliação de desempenho com quesitos importantes para o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família desde 2012 (PMPA/IMESF, 2016). Cabe ressaltar que a Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre já possui ações de educação, as quais poderão ser ainda mais qualificadas a partir desse estudo.

O objetivo deste estudo foi analisar as avaliações anuais de desempenho dos trabalhadores nas equipes de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS, no ano de 2016 e identificar as necessidades de práticas educacionais que emergem a partir dos resultados dessas avaliações e que demandam novas práticas.

### **Metodologia**

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

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. O cenário de estudo foram as equipes de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, que em 2016 correspondiam a 142 Unidades de Saúde com 228 equipes de saúde da família, cujos trabalhadores estavam vinculados ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado integrante da administração indireta do município.

O estudo foi realizado a partir do resultado proveniente das avaliações funcionais dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre que a tenham realizado no ano de 2016, estimando-se, originalmente, um total de 1.400 avaliações de diferentes categorias. Os dados foram obtidos sem que fosse possível a identificação individual dos participantes. Utilizaram-se dados secundários oriundos das avaliações de desempenho dos trabalhadores da Atenção Primária de Porto Alegre, as quais foram realizadas por suas respectivas coordenações em conjunto com cada servidor participante.

Os formulários das avaliações de desempenho (Figura 1) foram encaminhados às coordenações das equipes através de questionário de avaliação em plataforma de acesso *online*. Segundo Lakatos e Marconi (2003), o questionário é o instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, as quais são respondidas por escrito.

Figura 1 – Fac-símile do formulário de avaliação de desempenho anual do IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL - IMESF		
<b>Avaliado:</b>	_____	
<b>Matrícula:</b>	_____	
<b>Cargo:</b>	_____	
ESCALA DE PONTUAÇÕES: (0) Não realiza (2,5) Insatisfatório (5) Regular (7,5) Satisfatório (10) Muito satisfatório		
<b>Assiduidade e Pontualidade</b>	<b>1) Refere-se ao compromisso com o cumprimento do horário de trabalho:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	1.1) É pontual no horário de início e término da jornada de trabalho, permanecendo em serviço durante todo o período.	
	1.2) É assíduo, não apresentando faltas injustificadas.	
<b>Disciplina</b>	<b>2) Refere-se a capacidade de observar e cumprir normas e regulamentos:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	2.2) Respeita os níveis hierárquicos e a sua Chefia Imediata.	
	2.3) Apresenta organização, disciplina e atenção no trabalho.	
<b>Iniciativa</b>	<b>3) Refere-se a propostas de soluções e sugestões para situações ou problemas, por iniciativa própria, visando a melhoria do trabalho:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	3.1) Demonstra iniciativa e proatividade na execução de suas atividades	
<b>Trabalho em Equipe</b>	<b>4) Refere-se a participação e cooperação do profissional no trabalho comum da equipe, bem como a sua contribuição para obtenção dos resultados:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	4.1) Se compromete com os objetivos e pactuações da equipe e com os serviços prestados por ela.	
<b>Relações Interpessoais</b>	<b>5) Refere-se ao estabelecimento e manutenção de relações cordiais, contribuindo para a criação de um bom ambiente de trabalho:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	5.1) Aceita sugestão e crítica visando seu desenvolvimento e aprimoramento.	
	5.2) Sabe ouvir e respeitar os diferentes pontos de vista.	
<b>Comportamento Ético</b>	<b>6) Refere-se a atitude pautada pelo respeito ao próximo, senso de justiça, impessoalidade nas ações e valorização do conceito de cidadania e do bem público:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	6.1) Executa suas atividades com ética e profissionalismo.	
	6.2) Trata as informações e os documentos com o grau de sigilo necessário de acordo com o seu conteúdo.	
<b>EPI, Uniforme e Crachá</b>	<b>7) Uso de EPIS/uniforme e crachá de identificação:</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	7.1) Faz uso sistemático do uniforme (por exemplo: jaleco, colete e outros), crachá de identificação e dos EPI's obrigatórios, conforme atividades desenvolvidas na equipe de saúde.	
<b>Atribuições comuns aos profissionais que prestam assistência na Atenção Básica</b>	<b>8) Atribuições comuns aos profissionais que integram as equipes da Atenção Básica</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
	8.1) Realiza o registro de suas atividades nos sistemas de informação (e-SUS e outros definidos pela gestão).	
	8.2) Participa no atendimento da demanda espontânea, na realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.	
	8.3) Participa do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada e com identificação das necessidades de intervenções de cuidado.	
	8.4) Participa das reuniões de equipes.	
	8.5) Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB e auxilia no desenvolvimento de atividades internas da Unidade de Saúde que tenham como objetivo o cuidado integral dos usuários, como por exemplo a recepção do usuário, o agendamento de consultas e exames, a organização dos prontuários, realização do Cartão SUS, entre outras.	
	8.6) Discute os casos com a equipe de saúde tendo como foco não apenas a doença dos indivíduos, mas priorizando a abordagem centrada no sujeito/família.	
	8.7) Realiza o cuidado da saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).	
	8.8) Identifica grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, priorizando a assistência desses indivíduos com vistas à equidade na atenção à saúde.	
	8.9) Realiza busca ativa e, quando necessário, notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.	
	8.10) Realiza atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.	
	8.11) Participa na organização das ações de educação na saúde para os trabalhadores da US e contribui nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na Unidade de Saúde.	
	8.12) Realiza ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupos, sala de espera e outros.	
	8.13) Promove a mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação/efetivação dos Conselhos de Saúde.	
	8.14) Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.	
8.15) Realiza ações de controle de doenças e agravos endêmicos ou de importância em saúde pública.		

Fonte: Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), Porto Alegre: PMPA, 2016.

O banco de dados proveniente do resultado das avaliações foi disponibilizado pela Vice-Presidência do IMESF. Formalmente, na estrutura do IMESF, a Presidência é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde conforme a Lei Municipal nº 11.062/2011 (art. 31).

Os dados foram organizados em planilhas no software *Microsoft Excel*® de acordo com a estrutura do formulário da avaliação de desempenho institucional composto por oito grandes categorias: (i) assiduidade e pontualidade; (ii) disciplina; (iii) iniciativa; (iv) trabalho em equipe; (v) relações interpessoais; (vi) comportamento ético; (vii) equipamento de proteção individual – EPI, uniforme e crachá; e (viii) atribuições comuns a todos os profissionais. Cada categoria é composta por diversos itens de avaliação, com um total de 26 questões entre as oito categorias.

A escala utilizada contemplava as seguintes possibilidades em pontos (notas) a serem atribuídos ao funcionário em cada item das categorias de avaliação: 0 – Não realiza; 2,5 – Insatisfatório; 5 – Regular; 7,5 – Satisfatório; e 10 – Muito satisfatório. Para facilitar a análise das avaliações de desempenho dos participantes, os itens das oito categorias foram divididos em dois grandes grupos: itens com resultados ‘mais satisfatórios’ e itens com resultados ‘mais insatisfatórios’. O grupo dos itens ‘mais satisfatórios’ abrangeu os com nota dez para mais de 60% do total de participantes. Já o grupo de itens ‘mais insatisfatórios’ englobou aqueles com nota igual ou menor que cinco (0; 2,5 e 5) para mais de 10% dos participantes, abrangendo itens que o funcionário ‘não realiza’ ou foi avaliado como ‘insatisfatório’ propriamente dito ou ‘regular’.

Desta forma, foi possível agrupar itens das diferentes categorias em apenas dois grupos bastante contrastantes: ‘mais satisfatórias’ ou ‘mais insatisfatórias’, sintetizando os resultados.

A análise dos dados foi efetuada utilizando estatísticas descritivas como frequências absoluta e relativa. Segundo Guimarães (2008), a estatística descritiva consiste em apenas descrever e avaliar certo grupo, sem tirar quaisquer conclusões ou inferências sobre um grupo maior.

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Registro nº 34.331) e aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 84269818.8.3001.5338), tendo sido aprovado em todas as três instâncias. Conforme as normas éticas que regem as pesquisas em seres

humanos, os pesquisadores atenderam as exigências das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

O resultado da pesquisa foi divulgado posteriormente aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, além daqueles envolvidos nos processos de educação na saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, sob a forma de relatório técnico com regras de sigilo. Os pesquisadores não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

### Resultados e discussão

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

A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária segundo o sexo. A faixa etária para ambos os sexos que conta com mais participantes é a de 36 a 40 anos, totalizando 261 (20,3% do total). Destes, destaca-se a maior frequência do sexo feminino (17,3%).

A pesquisa contou com uma amostra de 1.288 participantes dos quais 85,4% do sexo feminino e 14,6% do sexo masculino. Este cenário é condizente com a maioria dos serviços em saúde nos quais a maior concentração da força de trabalho é feminina (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por faixa etária e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
20 a 25	18	1,4	3	0,2	21	1,6
26 a 30	81	6,3	17	1,3	98	7,6
31 a 35	197	15,3	35	2,7	232	18,0
36 a 40	223	17,3	38	2,9	261	20,3
41 a 45	176	13,6	32	2,5	208	16,1
46 a 50	119	9,2	21	1,6	140	10,9
51 a 55	123	9,5	16	1,2	139	10,8
56 a 60	104	8,1	19	1,5	123	9,5
61 a 65	48	3,7	2	0,2	50	3,9
66 a 70	10	0,8	3	0,2	13	1,0
+70	1	0,1	2	0,2	3	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1.100</b>	<b>85,4</b>	<b>188</b>	<b>14,6</b>	<b>1.288</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

Considerando-se que o IMESF teve seus primeiros trabalhadores admitidos em 2012, cabe salientar que nenhum deles contava com mais de cinco anos de serviço na instituição no momento da realização das avaliações.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos trabalhadores por categoria profissional. Evidencia-se que o contingente mais expressivo é o dos agentes comunitários de saúde (50,3%) seguidos pelos técnicos de enfermagem (21,6%). As profissões que exigem nível superior (cirurgião-dentista, médico e enfermeiro) correspondem a 16,2%.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por categoria profissional, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	
	n	%
Agente Comunitário de Saúde da ESF	648	50,3
Agente de Combate às Endemias do IMESF	81	6,3
Atendente de Gabinete Odontológico da ESF	42	3,3
Cirurgião-dentista da ESF	44	3,4
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	128	9,9
Médico da Estratégia de Saúde da Família	37	2,9
Técnico de Enfermagem da ESF	278	21,6
Técnico em Saúde Bucal da ESF	30	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>1.288</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

A Tabela 3 mostra a escolaridade dos trabalhadores avaliados em relação ao sexo. Dois terços dos trabalhadores (65,6%) possuem o ensino médio completo e representam 57,1% no sexo feminino. Cabe observar que a maioria dos cargos dos trabalhadores do IMESF exige como escolaridade o ensino médio completo. Dentre estes, destacam-se os técnicos de enfermagem, cargo com grande quantidade de trabalhadores na instituição conforme mencionado anteriormente.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores por escolaridade e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ESCOLARIDADE	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	n	%	n	%	n	%
Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental	1	0,1	-	-	1	0,1
Ensino Fundamental completo	81	6,3	15	1,2	96	7,4
Ensino Médio incompleto	28	2,2	3	0,2	31	2,4
Ensino Médio completo	736	57,1	110	8,5	846	65,7
Educação Superior incompleta	33	2,5	4	0,3	37	2,9



Educação Superior completa	127	9,9	36	2,8	163	12,6
Especialização completa	89	6,9	17	1,3	106	8,2
Mestrado completo	4	0,3	2	0,2	6	0,5
Não Informada	1	0,1	1	0,1	2	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1.100</b>	<b>85,4</b>	<b>188</b>	<b>14,6</b>	<b>1.288</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

Quanto aos trabalhadores apenas com ensino fundamental completo, verifica-se que equivalem a 7,4% do total. O percentual surpreende visto que essa é a escolaridade exigida aos agentes comunitários de saúde, cargo com maior número de trabalhadores participantes da avaliação. Porém, mesmo sendo essa a escolaridade de pré-requisito, percebe-se que a maioria tem escolaridade acima da exigida para nomeação ao respectivo cargo.

Quanto aos participantes com especialização completa (apenas *lato sensu*), são 8,2% do total e 6,9% do sexo feminino. Acerca dos trabalhadores que possuem mestrado a quantidade de avaliados é consideravelmente pequena, representando apenas 0,5% dos participantes das avaliações.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos trabalhadores participantes das avaliações que possuem algum tipo de pós-graduação segundo cargo de nível superior. Acredita-se que parcela de participantes com pós-graduação *lato sensu* se deva a existir um valor salarial relativo à ‘adicional de especialização’ concedido aos que possuem especialização relacionada à Saúde Pública ou à Saúde Coletiva.

Os trabalhadores com mestrado (n=6) representam 5,4% dos participantes que possuem pós-graduação. Ressalta-se que somente enfermeiros detêm o título. Enfermeiros também predominam entre os 106 profissionais com especialização. Esse indicador pode decorrer da maior quantidade de enfermeiros trabalhando na instituição do que nos outros cargos citados.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e cargo de nível superior, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO	CARGO						TOTAL	
	CIRURGIÃO- DENTISTA		ENFERMEIRO		MÉDICO		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Especialização	25	22,3	56	50,0	25	22,3	106	94,6
Mestrado	-	-	6	5,4	-	-	6	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>22,3</b>	<b>62</b>	<b>55,4</b>	<b>25</b>	<b>22,3</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

Na Tabela 5 encontra-se a distribuição dos trabalhadores com pós-graduação de acordo com o sexo. Dentre os trabalhadores com mestrado, as mulheres representam 3,6% das mulheres com pós-graduação *versus* 1,8% dos homens. Já em relação à especialização, as mulheres representam 79,5% daquelas que possuem pós-graduação enquanto para os homens atinge 15,2%.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por nível de pós-graduação e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
Mestrado	4	3,6	2	1,8	6	5,4
Especialização	89	79,4	17	15,2	106	94,6
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>83,0</b>	<b>19</b>	<b>17,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

A Tabela 6 apresenta a distribuição de raça/cor dos trabalhadores de acordo com o sexo. Nos primeiros anos de cadastro dos trabalhadores não havia no formulário a ser preenchido o campo para informar a raça/cor. Excluindo-se os trabalhadores cujo cadastro se encontra incompleto, os participantes que se autodeclararam brancos compuseram 67,8% do total, enquanto 14,1% autodeclararam-se negros e 2,5% pardos. Vale ressaltar que o formulário de avaliação utilizado pelo IMESF não segue a classificação do IBGE nas categorias sobre raça/cor (branca, preta, parda, indígena e amarela) em que os indivíduos que se autodeclararam pretos e pardos compõem a população negra. Destaca-se que o número de trabalhadores que se autodeclararam brancos é ainda muito superior aos que o fizeram como negros e pardos. Dentre os trabalhadores que se autodeclararam brancos, temos 85% mulheres e 15% homens. Já em relação aos que se autodeclararam negros, temos 85% de mulheres e 15% homens. Quanto aos pardos, 71,4% de mulheres e 28,6% de homens. Esses percentuais refletem a proporcionalidade geral entre homens e mulheres na instituição, já comentada anteriormente.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes das avaliações de desempenho por raça/cor autodeclarada e sexo, IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

RAÇA/COR*	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO		n	%
	n	%	n	%		
Branca	548	67,8	97	12,0	645	79,8
Negra	114	14,1	20	2,5	134	16,5
Parda	20	2,5	8	0,1	28	3,5
Amarela	1	0,1	-	-	1	0,1
Indígena	1	0,1	-	-	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>684</b>	<b>84,6</b>	<b>125</b>	<b>14,6</b>	<b>809</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores.

\* Classificação adotada pelo IMESF.

Em relação aos itens das categorias de avaliação cujos resultados gerais foram mais satisfatórios (Tabela 7), observa-se que o primeiro item é ‘assiduidade’, identificado como 1.2 que correspondia à numeração original do formulário de avaliação e integrava a categoria ‘(i) assiduidade e pontualidade’. O item refere-se ao comparecimento diário do avaliado ao trabalho. Verifica-se que 919 (71,4%) dos trabalhadores avaliados apresentam nota dez fazendo a ‘assiduidade’ ser classificada como um item ‘muito satisfatório’. Esse quesito representa tanto o comprometimento do trabalhador em comparecer diariamente às suas atividades, quanto ao fato de que, se faltar às suas atividades sem justificativa, pode ocasionar ônus em sua remuneração mensal, além de a falta não justificada ser passível de sanção.

Tabela 7 – Itens das avaliações de desempenho que obtiveram resultados muito satisfatórios (nota 10 para mais de 60% dos participantes), IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ITEM AVALIADO	NOTA 0	%	NOTA 2,5	%	NOTA 5	%	NOTA 7,5	%	NOTA 10	%	TOTAL
1.2 Assiduidade	9	0,7	30	2,3	88	6,8	242	18,8	919	71,4	1.288
2.1 Respeito à hierarquia	1	0,1	16	1,2	49	3,8	316	24,6	906	70,3	1.288
6.1 Ética e profissionalismo	1	0,1	7	0,5	28	2,2	271	21,0	981	76,2	1.288
6.2 Tratamento de informações e documentos com sigilo	0	0,0	2	0,2	8	0,6	244	18,9	1034	80,3	1.288
8.4 Participação nas reuniões de equipe	2	0,2	16	1,2	72	5,6	340	26,4	858	66,6	1.288
8.10 Realiza atendimento humanizado	4	0,3	8	0,6	38	3	340	26,4	898	69,7	1.288

Fonte: Os autores.

Na mesma Tabela 7, o item 2.1 refere-se ao respeito do trabalhador aos níveis hierárquicos e à sua chefia imediata, integrante da categoria ‘(ii) disciplina’. Como resultado,

pode-se verificar que 906 trabalhadores (70,3%) foram avaliados como tendo demonstrado conhecer e respeitar os níveis hierárquicos, cumprindo as determinações que lhes são repassadas, sem demonstrar resistência para aceitar essas determinações. Essa ‘relação de respeito’ pode fazer, por um lado, com que o trabalho flua com mais tranquilidade e as atividades cotidianas possam ser realizadas de acordo com o que é esperado pela gestão, entretanto, por outro aspecto, pode representar conformismo e gerar dificuldades para inovação.

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

O item 8.4 avalia a participação do trabalhador nas reuniões de equipe (categoria ‘(viii) atribuições comuns a todos os profissionais’, sendo possível verificar que 858 trabalhadores, equivalente a 66,6% do total, participam das reuniões de equipe conforme é preconizado pela gestão. Cabe salientar que esse item pode apresentar dúvida interpretação visto que pode se tratar apenas da presença física do avaliado, a qual é obrigatória nas reuniões as quais são realizadas durante o horário de trabalho, mas também refletir a participação ativa do trabalhador nas reuniões, com sugestões, críticas e demais participações que se fazem necessárias. Esse item demonstra uma possível falha na avaliação desenvolvida, visto que deixa margem ao avaliador para interpretar de forma subjetiva seu significado e, consequentemente, avaliar de acordo com sua percepção.

Por último, no item 8.10, o qual avalia o atendimento prestado ao usuário, se verificou se o mesmo presta um atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo com o usuário. Nesse

questo, tem-se como resultado que 898 trabalhadores, equivalente a 69,7% do total, prestam atendimento humanizado de forma muito satisfatória. Nas avaliações percebe-se que se preocupam com o usuário e, em consequência, proporcionam o estabelecimento do vínculo desse usuário com a Unidade de Saúde e sua equipe, pois leva em conta o paciente como um todo, não apenas como uma doença apresentada no território.

Embora com percentuais menores de nota máxima, os itens 8.4 e 8.10 (ambos da categoria '(viii) atribuições comuns a todos os profissionais' evidenciam bons resultados relativos à participação nas reuniões de equipe e à realização de atendimento humanizado. São duas atribuições fundamentais para o desempenho adequado das equipes de saúde da família. Além disso, constituem excelente base para o início do desenvolvimento de ações de educação na saúde no âmbito da equipe local que emergirão ao serem analisados os resultados não tão satisfatórios.

Por outro lado, em relação aos itens mais insatisfatórios (Tabela 8), o primeiro diz respeito à pontualidade do trabalhador no início e término das atividades, sem ausentar-se de seu local durante sua jornada de trabalho (item 1.1 conforme numeração original do formulário de avaliação). Esse item vincula-se à característica da personalidade de cada indivíduo e seu compromisso com horários, não sendo algo que possa ser trabalhado de outra forma que não seja de maneira individualizada. Mostra a importância do cumprimento do horário de trabalho não apenas como compromisso individual, mas na forma que a falta de pontualidade acaba por impactar no desenvolvimento das atividades das Unidades de Saúde. Nesse item, nota-se 54 trabalhadores com pontuação insatisfatória, equivalendo a 4,2% do total, e 178 trabalhadores com pontuação regular, equivalendo esses a 14% do total. Somando-se, verifica-se que há 237 trabalhadores que apresentam problemas de pontualidade, número que se apresenta elevado e corresponde a 18,6% do total.

Tabela 8 – Itens das avaliações de desempenho que obtiveram mais resultados insatisfatórios (nota até 5 para mais de 10% dos participantes), IMESF, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2016.

ITEM AVALIADO	NOTA 0	%	NOTA 2,5	%	NOTA 5	%	NOTA 7,5	%	NOTA 10	%	TOTAL
1.1 Pontualidade	5	0,4	54	4,2	178	14,0	416	32,3	635	49,3	1.288
7.1 Uso sistemático de EPI, uniforme e crachá	6	0,5	64	5,0	132	10,0	422	32,8	664	51,7	1.288
8.1 Realiza os registros no sistema de informação	11	0,9	35	2,7	128	9,9	421	32,7	693	53,8	1.288
8.11 Participação nas ações de educação na	86	6,7	41	3,2	275	21,4	548	42,5	338	26,2	1.288

saúde											
8.12 Participação nas ações de educação em saúde	70	5,4	42	3,3	223	17,3	505	39,2	448	34,8	1.288
8.13 Promoção do controle social	102	7,9	65	5,1	325	25,2	473	36,7	323	25,1	1.288
8.14 Identificação de parceiros na comunidade	113	8,8	35	2,7	238	18,5	487	37,8	415	32,2	1.288

Fonte: Os autores.

Já o item 7.1 refere-se ao uso sistemático dos uniformes, crachá de identificação e dos EPIs (equipamentos de proteção individual) obrigatórios a cada cargo (integrante da categoria '(vii) EPI (equipamento de proteção individual), uniforme e crachá'. Por mais que sejam de uso obrigatório, nota-se uma resistência dos trabalhadores em sua utilização, tendo 70 trabalhadores recebido pontuação insatisfatória e 132 trabalhadores pontuação regular. Somando-se, esses trabalhadores com pontuação deficitária representam 15,5% do universo total dos avaliados. Nesse item, faz-se necessário reforçar a importância da utilização desses materiais, visto que são fornecidos para maior segurança do trabalhador e facilidade em sua identificação nos territórios que atuam.

O item 8.1 diz respeito à realização do registro das atividades nos sistemas de informação, no qual há 11 trabalhadores (0,9%) que não realizam esses registros, 35 (2,7%) que os realizam de forma insatisfatória e 128 (9,9%) que os realizam de forma regular. Os registros de saúde são de extrema importância, visto que demonstram as atividades efetivamente realizadas pelos trabalhadores. Porém, sabe-se que há trabalhadores com dificuldades e resistência no acesso às novas tecnologias, portanto, podem eventualmente negligenciar o uso dessas no registro de suas atividades diárias. Além disso, esses registros são a ferramenta que auxiliam as Unidades de Saúde a evidenciar a real situação das comunidades que atuam, sendo fundamentais na identificação de prioridades para realização de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Quanto ao item 8.11, esse vem trazer à tona a discussão acerca da participação dos trabalhadores na organização das ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade e na contribuição individual nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos na Unidade de Saúde em que atuam. Nota-se que 86 trabalhadores (6,7%) não realizam essas atividades, 41 trabalhadores (3,2%) realizam de forma insatisfatória e 275 trabalhadores (21,4% do total) realizam de forma regular. Ao somar-se, verifica-se um elevado percentual de 31,3% dos trabalhadores com dificuldades de realizar atividades de educação na saúde, num total de 402 trabalhadores.

No que diz respeito ao item 8.12, em complemento ao item 8.11, refere-se à realização de ações de educação em saúde à população, tais como grupos e sala de espera. Nesse quesito, verifica-se que 70 trabalhadores (5,4%) não realizam essas ações, 42 trabalhadores (3,3%) as realizam de forma insatisfatória e 223 trabalhadores (17,3%) as realizam de forma regular, representado ao final um total de 335 trabalhadores (26%) com dificuldades em realizar ações de educação em saúde aos usuários da comunidade em que atuam.

No item 8.13 foi abordada a promoção da mobilização e da participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando a importância da formação e efetivação desses espaços. Verificou-se que 102 trabalhadores (7,9%) não realizam essa promoção, 65 trabalhadores (5,1%) a realizam de forma insatisfatória e 325 trabalhadores (25,2%) realizam essa promoção de forma regular. Cabe salientar nesta questão o elevado número de trabalhadores que não realizam essa promoção de forma alguma, o que traz à tona o pensamento do porquê desse panorama. Isso pode estar associado à falta de tempo nas atividades ou de conhecimento dos trabalhadores acerca do controle social e também ao fato de que pode haver trabalhadores que acreditam ser o controle social muitas vezes mais um impeditivo do que um auxílio na realização das atividades, pensamento esse equivocado. Somando-se os dados acima, nota-se que há 492 trabalhadores, equivalendo a surpreendentes 38,2% do total de avaliados, que apresentam dificuldade na promoção da mobilização e da participação dos usuários na efetivação do controle social.

Em relação aos itens mais insatisfatórios, por último temos o item 8.14, que aborda a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. Dentre os avaliados, 113 trabalhadores (8,8%) não realizam essa identificação, 35 trabalhadores (2,7%) a realizam de forma insatisfatória e 238 trabalhadores (18,5%) realizam essa identificação de forma regular. Somando-se esses dados, tem-se o total de 386 trabalhadores, equivalente a 30% dos avaliados, com visível dificuldade no entendimento da importância da realização das atividades intersetoriais dentro da realidade da comunidade em que atuam.

Dentre os apontamentos que surgiram nas avaliações, dos sete itens da tabela 7 destacam-se quatro que demonstraram desempenhos mais insatisfatórios dos trabalhadores da Atenção Primária. Entende-se que esses são os itens que ensejariam atenção prioritária para incorporação de novas práticas educacionais por abrangerem, cada um, pelo menos 25% da força de trabalho avaliada.

O primeiro resultado a ser destacado refere-se ao item 8.13, o qual registrou 38,2% de notas insatisfatórias (0; 2,5 e 5) entre as avaliações realizadas e o percentual de 7,9% de '0' (não realiza). Esse item diz respeito a dificuldade dos trabalhadores em saúde de promover a mobilização e participação da comunidade na efetivação do controle social, reforçando assim a importância da formação e/ou efetivação dos Conselhos de Saúde.

De acordo com Matuoka e Ogata (2010), no caso dos Conselhos Locais de Saúde, a proximidade entre gestores, profissionais e usuários faz com que os Conselhos sejam apontados como lugares privilegiados para o exercício da democracia participativa e, conseqüentemente, do controle social sobre os serviços de saúde. Essa invisibilidade muitas vezes vivida pelos Conselhos Locais de Saúde, acaba prejudicando seu reconhecimento até dentro da comunidade em que atua, pois nem sempre os usuários dos serviços de saúde conhecem o Conselho da Unidade de Saúde que frequentam ou entendem sua finalidade, o que acaba por resultar em uma baixa participação da comunidade em suas reuniões (BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015).

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

A segunda questão a ser destacada refere-se ao item 8.11, o qual obteve 31,3% de 'notas insatisfatórias' e 6,7% de notas '0' das avaliações realizadas. Esse item diz respeito à ainda tímida participação do trabalhador nas ações de educação na saúde para os trabalhadores da Unidade de Saúde e na pouca contribuição nos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos no local por parte dos trabalhadores. Porém, para fazer educação na saúde e contribuir nos processos de ensino-aprendizagem, é importante que seja disponibilizado ao trabalhador o conhecimento acerca do funcionamento dessas atividades e de como ele pode contribuir nesse processo.

Cabe destacar o que traz Feuerwerker (2007), que menciona ser a educação na saúde um campo de produção de conhecimento, tanto interdisciplinar quanto transdisciplinar, sendo um campo de saberes e de práticas sociais sempre em processo de constituição e construção. Ou seja, é um campo de conhecimento desenvolvido pelos trabalhadores para os trabalhadores.

Ricaldoni e Sena (2006) salientam o desafio de estimular o desenvolvimento da consciência nos trabalhadores sobre a importância da educação permanente em saúde no seu cotidiano, visto que o trabalhador ainda tem a dificuldade de se ver responsável por seu processo permanente de capacitação. Afinal, cita-se tanto a Educação Permanente em Saúde



(EPS), mas muitas vezes se esquece de questionar se os trabalhadores de saúde estão cientes de sua importância e de como essa prática pode auxiliá-los em suas atividades e no entrosamento da equipe.

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

O terceiro resultado a ser destacado refere-se ao item 8.14, o qual obteve 30% de notas insatisfatórias e 8,8% de '0' do total de avaliações realizadas. O item diz respeito à identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

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

Por último, destaca-se a questão referente ao item 8.12, o qual obteve 26% de notas insatisfatórias (0; 2,5 e 5), sendo 5,4% de '0' (não realiza) entre as avaliações realizadas. Esse item refere-se à frequência (baixa) de realização de atividades de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe, tais como grupo, salas de espera e outros.

Neste momento, é importante elucidar que existe diferença entre os termos 'educação na saúde' e 'educação em saúde'. A educação na saúde foi tratada nos parágrafos anteriores e diz respeito a atividades realizadas junto aos profissionais das equipes de saúde. Já a educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como um processo de conhecimentos em saúde que visa à apropriação das temáticas pela população a ser atendida, sendo composto por um conjunto de práticas que contribuem para complementar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e gestores, de forma a obter uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2006).

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), os grupos de educação em saúde se constituem de uma prática fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes. Além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja,

aquele que educa também é o que aprende, por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes, caracterizando-o, portanto, como um processo mútuo, democrático e solidário.

As atividades em grupo na Atenção Primária à Saúde tornaram-se uma alternativa para as práticas assistenciais, pois são espaços que favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo saúde/doença de cada indivíduo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Por outro lado, é reconhecível também que o conhecimento dos trabalhadores sobre a necessidade de educação permanente em saúde, articulação com o controle social e participação da comunidade e outros tópicos relacionados à educação na/em saúde, por si só não se traduz necessariamente em ações efetivas no território.

Como limitação do trabalho reconhece-se que outros aspectos estão implicados e poderiam ser abordados. Citam-se, como exemplo, as sistemáticas relacionadas aos processos de trabalho, à estruturação e à composição das equipes e à definição de prioridades para atuação. Diversos itens da avaliação de desempenho não foram abordados porque não obtiveram resultados positivos ou negativos tão expressivos como os destacados, o que não significa que não possam ser relevantes e possam contribuir para melhorias dos serviços de saúde.

### **Considerações finais**

Faz-se importante esclarecer que os dados disponibilizados permitiriam um desdobramento ainda maior de informações a serem analisadas e levadas à reflexão, porém devido à concentração desprendida no enfoque proposto, os autores detiveram-se apenas nas informações que consideraram mais relevantes. Outro ponto a ser destacado foi poder apresentar a caracterização da população participante da pesquisa e o quão útil pode se mostrar a análise dos dados disponibilizados, trazendo à tona a caracterização geral dos recursos humanos da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre. Tornou-se possível analisar quesitos como faixa etária, escolaridade, trabalhadores com pós-graduação entre outros, dados esses que podem ser relevantes ao se elaborarem estratégias para as equipes de saúde e aos trabalhadores em si.

Dada a importância dos assuntos abordados, torna-se necessário um planejamento estratégico a fim de possibilitar que os dados provenientes das avaliações de desempenho aplicadas aos trabalhadores possam ser anualmente analisados. A intenção deve ser demonstrar a evolução ou o retrocesso de acordo com os dados dos anos anteriores, e permitir

assim melhoramentos do processo e a busca contínua do aperfeiçoamento da gestão local dos trabalhadores em saúde.

### Referências

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Makron, 2007.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, 2012. DOI: 10.1590/S1983-14472012000100008

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

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

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

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um Conselho Local de Saúde: limites e potencialidades. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015000702014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf). Acesso em: 10 jun. 2020.

CABRITO, B. G. Avaliar a qualidade em educação: Avaliar o quê? Avaliar como? Avaliar para quê? **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 78, p. 178-200, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n78/v29n78a03.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-178, set. 2004/fev. 2005.

DALMAU, M. B. L.; BENETTI, K. C. **Avaliação de desempenho**. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FEUERWERKER, L. M. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007. DOI: 10.1590/S0100-55022007000100001

GUIMARÃES, P. R. B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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

MATUOKA, R. I.; OGATA, M. N. Análise qualitativa dos Conselhos Locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. *In*: BARROS, A. F. R. *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 51-70.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE/INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PMPA/IMESF). **Manual do trabalhador do IMESF**. Porto Alegre: IMESF, 2016. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/imesf/usu\\_doc/manualimesf2016.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/imesf/usu_doc/manualimesf2016.pdf). Acesso em: 28 abr. 2020.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a02.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf). Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de "enseñanza" para profesionales de la salud y pacientes. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100008

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

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

WERMELINGER, M. *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.