



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROBERTA DE CARVALHO FREITAS

**Organização do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família: análise a partir do
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

CAMPINA GRANDE
2017

ROBERTA DE CARVALHO FREITAS

Organização do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Dr. Francisco de Sales Clementino

CAMPINA GRANDE

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro
Silva”, CCBS - UFCG**

F866o

Freitas, Roberta de Carvalho.

Organização do processo de trabalho da equipe saúde da família: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica / Roberta de Carvalho Freitas. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

62 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Francisco de Sales Clementino, Dr.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Gestão. 2. Processo de Trabalho. 3. Atenção Primária. 4. Avaliação. I. Brandão, Gisetti Corina Gomes (Orientador). II. Título.

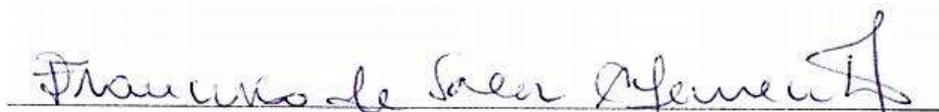
BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:658.310.8 (813.3)

ROBERTA DE CARVALHO FREITAS

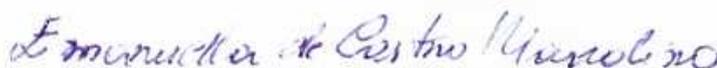
Organização do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFCG aprovado em 07 de dezembro de 2017, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:



Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino

Orientador - UFCG



Prof. Msc. Emanuela de Castro Marcolino

Membro Externo da Banca Examinadora – SES/RN



Prof. Especialista. Elisabete Oliveira Colaço

Membro Interno da Banca Examinadora – UFCG

CAMPINA GRANDE

2017

*“Não importa o que fizeram de mim.
O que importa é o que eu faço, do que fizeram de mim”.*

Paul Sartre

AGRADECIMENTOS

Digo-vos que em 5 anos de graduação aprendi que : ninguém é bom demais, ninguém é bom sozinho, e é preciso agradecer. Tenho em Deus, o meu sustento e fortaleza e a Ele nesse momento toda minha honra e gloria, pois dentre tudo que vivi a minha fé foi inabalável. Aos meus pais Antônio e Bráulio, meu irmão Clodoaldo eu agradeço com o coração imerso de alegria e amor, pois deles partiu o incentivo, a coragem, resiliência para recomeçar sempre, são de fato o meu porto seguro e razão para tudo o que faço. Gratidão ao Prof. Doutor Francisco Sales Clementino por todo apoio, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, dedicação e afinho nessa jornada .A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela confiança no mérito e ética aqui presentes. Ao meu namorado Matheus, por compreender as ausências e está ao meu lado. Cabe ainda agradecer aos meus colegas e amigos da Universidade onde juntos crescemos como pessoa e agora como profissionais, a mão estendida e o colo em cada momento compartilhado foi de grande importância. Levarei cada um comigo eternamente. Agradeço a cada que contribui para a minha formação, aos que estenderam a mão em momentos difíceis. O sentimento de gratidão emana por cada um.

Muito Obrigada!

RESUMO

FREITAS, Roberta de Carvalho. **Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Campina Grande: UFCG, 2017.

A implantação do Sistema Único de Saúde, a partir de 1988, trouxe vários desafios para a garantia efetiva da saúde como direito universal. Para tanto, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família, que mais tarde deixa de ser programa e se consolida como Estratégia. A Estratégia de Saúde da Família busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar o processo de trabalho da Equipe Saúde da Família, a partir do Programa de Melhoria do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB). Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, exploratório documental, baseado em dados da avaliação externa, 2º ciclo, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizado no estado da Paraíba. Para tanto, realizou-se a coleta de dados entre os meses de agosto e setembro de 2017, nas dependências do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, a partir de um roteiro composto por seis variáveis contempladas no Instrumento de Avaliação Externa do Programa Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (módulo II): perfil dos profissionais; planejamento da Equipe de Atenção Básica; organização dos Prontuários na Unidade de Saúde; organização da Agenda para realização das ações. Apoio Institucional permanente. No tocante a técnica de tratamento e análise dos dados, procede-se o cálculo das frequências simples e dos percentuais de cada item de verificação. Os resultados foram organizados por meio de estatística descritiva, na forma de tabelas e gráficos. Observou-se no presente estudo, que 70,3% dos profissionais de saúde entrevistados afirmaram realizar o planejamento e programação das ações. Além disso, referiram que Apoio Institucional veio por indução do PMAQ, correspondente a 38,1% dos entrevistados. Percebe-se a partir dos resultados do estudo, que apesar de todo o investimento no setor saúde e das melhorias alcançadas, ainda há desafios a serem enfrentados para fortalecimento da ESF, como, por exemplo, investimento na infraestrutura dos serviços, equipamentos e tecnologias; apoio institucional; remuneração adequada. Além disso, destaca-se a importância da capacitação e comprometimento da gestão nos processos de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-Chave: Gestão. Processo de Trabalho. Atenção Primária. Avaliação.

ABSTRACT

FREITAS, Roberta de Carvalho. **Organization of the Work Process of the Family Health Team: analysis from the Program of Improvement of Access and Quality of Primary Care.** Campina Grande: UFCG, 2017.

The implantation of the Unique Health System (SUS) as from 1988 has brought several challenges for effective guarantee of health as universal right, among which highlights the need for change the assistance model. For that, the Ministry of Health creates in 1994 the Family Health Program (FHP) which later ceases to be a Program and consolidates as Strategy. As a substitute model of the traditional basic network the Family Health Strategy (FHS) seeks to convert the traditional model characterized by a medical-centered health care, with a curativist focus, to a more comprehensive model, family user-centered, predominantly focused on health promotion and prevention of aggravations. The research aims at evaluating the management and organization of the work process of the Family Health Team, based on the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB). Methodology: This is a cross-sectional study, exploratory documentary, based on data from external evaluation of the PMAQ-AB, conducted in the Paraíba state, between May and October 2012. In this period, 5,565 municipalities were explored, among which 17,482 Family Health Teams, which joined the PMAQ-AB. Data collection occurred between the months of August and September 2017, in the dependencies of the Center for Biological Sciences and Health (CCBS) of the Federal University of Campina Grande (UFCG). The data were collected from a roadmap consisting of six variables contemplated in the Instrument of External Evaluation of the Program Health Closer to You - Access and Quality (module II): planning of the Basic Care Team, Management actions for the Organization of the Process of Team Work; monitoring and analysis of indicators and health information e-SUS; participation of the PMAQ; organization of Medical Records in the Health Unit; organization of the Schedule for the realization of the actions. As regards the data processing and analysis technique, they were launched on spreadsheets of the Microsoft Excel 2007 program, and then the calculation of the simple frequencies and percentages of each item of verification. Then the results were arranged through descriptive statistic, in the form of tables and graphs. The research followed the guidelines of Resolution nº 466/2012, of the National Health Council. The evaluation that resulted in the FHS judgment, comparing the resources employed in the Planning of the Basic Attention Team and Management Actions to the Organization of the Team Work Process and the process developed (organization of work, practice of services and attention to the health) obtained, for example, that 70.3% of healthcare professionals interviewed reported that they plan and schedule actions. It is also noted that Institutional Support came by induction of PMAQ in 38.1% of respondents. The management and organization of the work process is something continuous within the FHS, and the feasibility of evaluating and monitoring the way this happens, in turn, corroborates in detecting the needs, difficulties and also good strategies for strengthening Primary Health Care. The planning and the formation of strategies is the greatest ally of management to reach the resolution of daily problems, being considered the pillars for effective quality of service, as well as facilitating the offer and access to the user of services and actions that are most needed about local indicators.

Keywords: Management. Work process. Primary attention. Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1. Mapa do estado da Paraíba..... | 30 |
| TABELA 1. Formação acadêmica, vínculo empregatício e formas de ingresso dos profissionais de saúde que participaram da avaliação do PMAQ-PB e atuam na ESF, Brasil, Paraíba, 2014..... | 32 |
| TABELA 2. Tempo de atuação dos profissionais que participaram da 2ª avaliação do Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, Brasil, Paraíba, 2014..... | 34 |
| GRÁFICO 1. Avaliação das atividades de planejamento e programação das ações realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e comprovação pelo PMAQ_AB, Brasil, 2013. | 35 |
| GRÁFICO 2. Periodicidade das atividades do Planejamento e Programação das ações realizadas pelas equipes avaliadas e comprovação pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 37 |
| GRÁFICO 3. Implantação do Prontuário Eletrônico e Organização dos Prontuários nas Unidades de Saúde participantes do PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 39 |
| GRÁFICO 4. Organização do prontuário dos usuários acompanhados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 41 |
| GRÁFICO 5. Organização da agenda pelas equipes de Atenção Básica avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 42 |
| GRÁFICO 6. Tipo de Sistema de Informação utilizado para o registro das informações, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2013..... | 44 |
| GRÁFICO 7. Capacitação para utilização do sistema (SIAB, e-SUS/SISAB) utilizado pelas equipes Da Estratégia Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 46 |
| GRÁFICO 8. Análise do Apoio institucional Permanente da Secretaria Municipal de saúde às equipes da Estratégia Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 47 |
| GRÁFICO 9. Análise do Apoio Institucional por indução do PMAQ para as Equipes da Estratégia Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013..... | 48 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| AI | Apoio Institucional |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCBS | Centro de Ciências Biológicas e da Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| COSAC/SAS | Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde |
| DS | Distritos Sanitários |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| EqSF | Equipe de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| PEP | Prontuário Eletrônico do Paciente |
| PMAQ-AB | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| SPSS | Statistical Product and Service Solutions |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIA/SUS | Sistema De Informações Ambulatoriais Do Sus |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UBSF | Unidades Básicas de Saúde da Família |
| UFCG | Universidade Federal de Campina Grande |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | OBJETIVOS | 18 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 18 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 18 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 3.1 | Atenção Básica: como porta de entrada preferencial | 19 |
| 3.2 | Organização do trabalho na ESF: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde | 20 |
| 3.3 | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica | 23 |
| 4 | METODOLOGIA | 26 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 26 |
| 4.2 | Local e período da coleta de dados | 26 |
| 4.3 | População e Amostra | 26 |
| 4.4 | Crítérios de Inclusão | 27 |
| 4.5 | Crítérios de Exclusão | 27 |
| 4.6 | Procedimentos de Coleta de Dados | 27 |
| 4.7 | Técnicas de Análise de Dados | 28 |
| 4.8 | Considerações Éticas | 28 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 29 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 48 |
| | REFERÊNCIAS | 51 |
| | APÊNDICE | 62 |
| | APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS | 62 |

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, representa um importante evento internacional, caracterizado como um marco nos debates sobre o direcionamento das políticas de saúde no mundo, reafirmando a ideia de saúde como direito humano fundamental (BRASIL, 2001; STARFIELD, 2002).

Nesta perspectiva, diversos esforços foram empregados no Brasil, pela gestão federal na expectativa de mudança das práticas de saúde voltadas à atenção especializada e hospitalar, oriundas da medicina previdenciária, buscando o investimento no sentido de impulsionar programas e políticas centrados na Atenção Primária à Saúde (APS), influenciado pela doutrina de cuidados primários de saúde da Conferência de Alma-Ata (FIGUEIREDO, 2016).

Os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 1980, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas (MENDES, 2012).

Partindo desse princípio, sanitaristas e estudiosos brasileiros voltaram à atenção para a análise situacional descentralizada, objetivando um novo modelo paradigmático de atenção à saúde em território definido, buscando analisar localmente os problemas existentes dentro de uma mesma sociedade de classes (PEDROSA; TELES, 2001).

Nessa perspectiva, a APS desponta como estratégia de planejamento e de funcionamento adequados às medidas sociais e sanitárias, atreladas ao enfoque “Saúde para todos no ano 2000”. Essas medidas correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade. Além disso, a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de atenção em saúde com vistas a instituir sistemas integrados e capazes de garantir acesso, integralidade e continuidade da atenção (BRASIL, 2001; OPAS, 2011).

Buscando atingir os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS tem sido priorizada pelas políticas públicas, como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. O marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS (BRASIL, 2006a; PAIM, 2012).

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida em 2006, no Brasil, pela Portaria do

Ministério da Saúde (MS) nº 648, como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, enfatizando a organização dos processos de trabalho como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com a ESF (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012).

Trata-se de uma estratégia de reorientação da Atenção Básica (AB) e do modelo assistencial brasileiro, viabilizando a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a ESF busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2005b; MATTA; MOROSINI, 2008).

Observa-se que o papel da APS tem sido repensado continuamente, incorporando distintas interpretações, desde porta de entrada do sistema de saúde – primeiro nível de contato dos usuários e parte integrante do sistema e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Diferentemente do modelo tradicional, este tipo de atenção deve ser centralizada na família, entendida e percebida a partir do seu espaço físico e social, e possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que se estendem além das práticas curativas (BRASIL, 2000; ALMA-ATA, 2011).

A ESF funciona por meio de equipes de saúde da família, e desde 2004 são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, o trabalho em equipe no contexto da ESF requer responsabilização compartilhada do cuidado, na qual os diferentes profissionais participam com seus saberes para impactar os fatores que interferem no processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, para ser compartilhada entre os membros da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Além disso, uma assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em

particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre profissionais e usuários do SUS (GARUZI et al., 2014).

A ESF deve superar a fragmentação do cuidado resultante da divisão social e técnica do trabalho e eleger a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde. Dessa forma, representa uma mudança substantiva na vigilância à saúde, da qual se espera um olhar interdisciplinar e uma prática intersetorial (FRANCO; MEHRY, 2003). Com base nestes princípios, são traçados os seguintes objetivos a serem atendidos pela ESF:

- a) Caráter substitutivo: alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho;
- b) Integralidade e hierarquização: adoção da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;
- c) Territorialização e adscrição da clientela: incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida;
- d) Equipe multiprofissional: composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), na sua forma básica.

Dados ministeriais apontam que no Brasil, a APS garante cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população, com aproximadamente 39 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais atuando em todos os municípios do país”. Contudo, existem importantes diferenças na cobertura e no acesso e na oferta de cuidados nas UBS nos municípios, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de saúde (BRASIL, 2015; FAUSTO et al., 2014).

O programa atua em áreas adscritas, definindo o número de famílias para cada equipe (entre 600 e 1.000), o que se traduz numa população de aproximadamente 2.400 a 4.500 pessoas. Compete a todos os profissionais das equipes de saúde da família: garantir a integralidade da atenção através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cura; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; além de realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2001).

Embora no âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde assumam significado estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes com a reorientação de um

modelo de saúde baseado nas necessidades da população, pesquisadores destacam que o processo de trabalho das equipes caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea. Como fatores limitadores nos processos de trabalho das equipes da ESF, apontam relações conflituosas com os usuários, acarretando competitividade, conflitos e hostilidade (PEDUZZI, 2001; FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; JUNGES et al., 2009; GUEDES et al., 2009BRASIL, 2011; FERREIRA, 2012;).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, no sentido de priorização da gestão pública e da melhoria da atenção básica, instituiu através da Portaria 1.654 do MS, publicada em 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se caracteriza por

“um conjunto de ações de saúde no âmbito individual/coletivo, abrangendo a promoção e proteção de grupos vulneráveis, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, manutenção da saúde, buscando promover atenção integrada” (Brasil, 2011d, p. 14).

Configura-se como principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das unidades básicas de saúde, criando uma permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade na atenção básica, com base na indução, monitoramento, avaliação de processos e resultados na área da saúde, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, direcionadas à Atenção Básica em Saúde (ABS) (BRASIL, 2011a; PINTO; FERLA, 2015).

Mesmo com a ampliação do acesso e a estruturação dos serviços de Atenção Básica (AB), existem muitos desafios enfrentados pela gestão para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde no País. Entre os desafios do SUS, está a qualificação da AB para exercer a coordenação do cuidado e a reorganização dos pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades, desde a promoção à reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011a; PAIM et al., 2011; BARATIERI; MARCON, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Estudo avaliativo desenvolvido por Fontana et al. (2016) a partir dos dados dos municípios catarinenses que participaram da avaliação externa do PMAQ, em 2013, na

dimensão ‘Condições Processuais’, o resultado alcançado pelos municípios foi insatisfatório, o que sugere um distanciamento, por parte da gestão e das equipes, das recomendações do processo de trabalho organizado com foco no indivíduo/família. Além disso, na subdimensão ‘Vínculo e Territorialização’, o resultado indica precariedade nas relações gestão-profissionais-usuários, principalmente, na ‘Participação Popular nas Decisões’.

Outro desafio é a dificuldade de sincronizar o tempo da atenção e o da gestão, instituídas para os encontros entre apoiadores e equipes. Observam-se no cenário de práticas, pouco tempo de apoio da gestão com as equipes para discussão de casos complexos, desdobramentos das estratégias desenvolvidas para esses casos, mediação de conflitos, monitoramento de indicadores, planejamento de atividades, dentre outras (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014).

Ainda para os autores supracitados, de um lado, esses profissionais se apresentam como grandes aliados das equipes de saúde da família, ajudando-as a lidar com a complexidade do trabalho na atenção primária em saúde, que em virtude das diferentes demandas apresentadas pela população, exigem uma abordagem multidisciplinar com diferentes estratégias de intervenção. Por outro, no âmbito relacional, podem sugerir uma ameaça, em virtude de sua “associação” com a gestão e com o fato de não “pertencer” a equipe e vivenciar cotidianamente seus dilemas, sendo percebido como um elemento “externo”.

Estudo realizado com 17.055 profissionais de nível superior da equipe de ABS, em 2012, observou que somente 22,0% das equipes referem receber apoio para a reorganização do processo de trabalho, constituindo-se a atividade menos frequente. Esses dados merecem atenção, uma vez que a organização do processo de trabalho é fundamental para a efetividade do cuidado em saúde prestado pela equipe (SANTOS et al., 2015).

Além de desafios conceituais, traz novos modos de operar que envolvem a incorporação de mecanismos institucionais, fundamentais na relação entre gestores, trabalhadores e usuários (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2014). Nesta perspectiva, esse nível de atenção deve ser operacionalizado por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios definidos e orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das quais assumem funções e características específicas (BRASIL, 2012).

Além disso, a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de atenção em saúde com vistas a instituir sistemas integrados e capazes de garantir acesso, integralidade e continuidade da atenção, indica fortemente a necessidade de sua organização em rede

(OPAS, 2011). Portanto para ser o eixo estruturante do sistema deverá compor uma organização de serviços de saúde que disponha de tecnologia diversificada e complementar para propiciar uma adequada resposta aos problemas identificados no processo saúde-doença (TANAKA, 2011).

Estudo realizado por Almeida e Melo (2011), no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, do município de Salvador, considerado o maior dos Distritos sanitários, e dispor dos piores indicadores econômicos, sanitários e sociais, permite afirmar que a gestão da ESF avaliada indica que esta contribui para a produção de mais e mais “trabalho morto”, definido como uma intervenção sem objetividade, restrita a reproduzir ações parcelares e sem significado, alienando e subsumindo os trabalhadores a um processo de trabalho amorfo (MERHY EE; ONOCKO, 2007).

Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações atendidas pelas equipes da ESF (COLUSSI; CALVO, 2011).

O interesse de pesquisa nessa área deu-se a partir da vivência da orientanda no Grupo de Pesquisa “Dilemas Éticos”, que tem como Coordenador, o Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino. Outro fator primordial que desencadeou a escolha foi à participação como Monitora na Disciplina Gestão em Saúde, por dois períodos consecutivos. Nesse sentido, o caminho percorrido no campo da Gestão, despertou inquietações, especialmente na avaliação de Serviços de Saúde, adicionada à necessidade de entender a funcionalidade e real organização do processo de trabalho das equipes da ESF. Motivada por acreditar num serviço, integral, humanizado, universal e de qualidade eis que alimento o anseio de estudar o processo de organização de trabalho das equipes da ESF, rever as práticas de gestão a fim de contribuir no desenvolvimento do SUS, e das políticas públicas de saúde.

Considera-se que o estudo seja de relevância para enfermagem e academia, tendo em vista contribuir para o aprofundamento da temática e autocrítica sobre a assistência à saúde do usuário do SUS na Atenção Básica. Além disso, almeja-se que os resultados informem as equipes da ESF, e mais especificamente, a equipe gestora sobre problemas comuns na APS, possivelmente contribuindo para a análise da gestão e do processo de trabalho das equipes da ESF, colaborando para que os profissionais de saúde e gestores repensem suas práticas, e busquem intervir em concordância com os princípios e diretrizes do SUS.

Face ao exposto, a pesquisa propõe responder as seguintes questões: a equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações? Qual a Periodicidade das atividades

do Planejamento e Programação das ações realizadas pelas equipes? Existe prontuário implantado na UBS? Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares? A agenda do profissional esta organizada para a realização de quais ações? Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? A equipe recebeu apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas acima citados? Esse apoio foi por indução do PMAQ?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a organização do processo de trabalho da Equipe Saúde da Família, a partir do Programa de Melhoria do Acesso da Atenção Básica, no Estado da Paraíba;

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais que compõe a equipe de saúde da família quanto à formação acadêmica, vínculo empregatício e formas de ingresso;
- Identificar entre as equipes da ESF avaliadas se realizam o planejamento das ações como estratégia para a organização do Processo de Trabalho;
- analisar as formas de organização dos prontuários dos usuários atendidos pela ESF na Atenção Básica;
- identificar como a agenda do profissional esta organizada para a realização das ações de saúde;
- analisar se a equipe da ESF recebe Apoio Institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – Atenção Básica: como porta de entrada preferencial

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1988, trouxe vários desafios para a garantia efetiva da saúde como direito universal, dentre os quais destaca-se a necessidade de mudança do modelo assistencial. A Atenção Básica, além de se configurar como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, precisa assumir o papel de porta aberta com capacidade de fornecer respostas ao usuário, ultrapassando o caráter de mero primeiro passo burocrático e obrigatório no caminho da rede de atenção a saúde (BRASIL, 2011d).

Para tanto, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família, que mais tarde deixa de ser programa e se consolida como Estratégia. Como modelo substitutivo da rede básica tradicional, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca converter o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (COHN, 2009; BRASIL, 2005).

Desse modo, entende-se que a ESF foi implantada com o intuito de solidificar o SUS, reorganizar o sistema de saúde em vigor e substituir as antigas diretrizes baseadas na medicina biologicista, como já falado anteriormente. O processo de trabalho das ESF configura-se pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

A ESF tem como princípio atuar na APS de forma integral e contínua, na UBS, nos domicílios e na comunidade. Nesta perspectiva, para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2007) configura-se como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde. Estas ações são voltadas para:

- a) a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento;
- b) a organização do acesso ao sistema;
- c) a integralidade do atendimento;
- d) a conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes;

e) e) o incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que aperfeiçoe este princípio, empenhando-se em construir estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços. Para atingir todos os pressupostos descritos, anteriormente, os profissionais que atuam na ESF devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; DANIEL, 2017).

Além disso, Junges (2015) reforça que tanto as respostas aos problemas-fim, referentes às condições de saúde, como as soluções aos problemas-meio, concernentes aos serviços necessários à saúde da população, necessitam de planejamento, porque o seu equacionamento significa criar condições organizacionais e materiais para um diagnóstico individual e coletivo adequado (vigilância) e para uma proposta de cuidado clínico e sanitário integral (gestão).

3.2 Organização do trabalho na ESF: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde.

A conjuntura do processo de trabalho em saúde é muito complexa, pois as subjetividades que perpassam as necessidades dos usuários dos serviços e dos trabalhadores de saúde influenciam diretamente o produto e o próprio trabalho (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2013). Para Peduzzi e Schraiber (2012) o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (MARX, 1994). Nesta perspectiva, Merhy (2005) explica que o trabalho em saúde é vivo em ato, pois, o produto não é separável do ato da produção e o resultado do trabalho é consumido no ato de sua realização, podendo estes serem de naturezas diversas: prevenção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde.

Percebe-se, que em todo o processo de trabalho o homem interage com os instrumentos, normas, dentre outras, tornando o processo produtivo vivo em ato. Neste sentido, recomenda-se que se tome como eixo analítico vital dos modelos tecnoassistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras. Ainda para o autor, as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde são de três tipos: leve, opera no campo das relações; leve-dura, a que é operacionalizada com base em um saber estruturado, agregando a clínica médica e a epidemiologia; e a dura, aquela que utiliza as máquinas, os recursos tecnológicos (MERHY, 2005).

Para Gomes et al. (1997), para entender melhor o que é processo de trabalho, é preciso considerar os seus componentes: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. O primeiro, trata-se do objeto, algo sobre o que se trabalha, ou seja, algo que provem diretamente da natureza, que sofreu ou não modificação decorrente de outros processos de trabalho, e que contem em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado pela ação do ser humano.

Os Agentes são os seres humanos que transformam a natureza, ou seja, são aqueles que, tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções, são capazes de alterá-lo, produzindo um artefato ou um serviço. A finalidade do trabalho é a razão pela qual ele é feito, ou seja, ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência.

Os métodos de trabalho são ações organizadas de maneira a atender à finalidade, executadas pelos agentes sobre os objetos de trabalho, empregando instrumentos selecionados, de forma a produzir o bem ou serviço que se deseja obter. E por último, os produtos de um trabalho, ou seja, artefatos, elementos materiais que se pode apreciar com os órgãos dos sentidos, ou serviços, que não têm a concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam.

Para Campos (2000), um dos grandes problemas na efetivação dos programas de saúde está na forma como os trabalhadores estão inseridos na construção e na discussão do processo de trabalho, organizado de forma fragmentada, vertical e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e cumprimento de regras administrativas, promove a alienação do profissional. Apesar de todo o investimento no setor saúde, os serviços ainda não conseguem oferecer um atendimento de qualidade que dê suporte à população e atenda às reais necessidades de saúde, sendo fundamental a avaliação de políticas e programas em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e

prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004).

A reorganização da dinâmica de trabalho perpassa na análise dos fatores que favorecem ou dificultam o acesso do usuário aos serviços de saúde de Atenção Básica, entre eles a organização da demanda espontânea, a infraestrutura para o atendimento, o não acolhimento das urgências nas UBSF, bem como atendimento sem avaliação de risco e vulnerabilidades. Dessa forma, a mudança da lógica biomédica para a da integralidade e do cuidado em saúde, requer que a construção do trabalho em equipe se dê de forma integrada (BRASIL, 2011).

A importância de conhecer e planejar a força de trabalho em saúde reside na necessidade de assegurar que, de fato, o sistema atenda às necessidades e aos direitos dos cidadãos de terem acesso às ações de promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde de forma integrada. Neste sentido, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes com a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FERREIRA, 2012; RIZZOTO et al., 2014).

Além disso, os profissionais de saúde, por sua vez, devem apresentar capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, organizar saberes e instrumentos na configuração de modelos tecnológicos de intervenção e avaliar o impacto das intervenções realizadas, dentre outros. Para tanto, se faz necessário que os profissionais estejam próximos à população, de modo a favorecer a troca de informações sobre a saúde individual e familiar (NASCIMENTO et al., 2010; SISSON, et al., 2011; RADIGONDA, et al., 2011).

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe. Além disso, construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade, dentre outras (CECIM, 2005).

Dessa forma, as reuniões de equipe possibilitam a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, constituindo-se em mais um recurso fundamental do cuidado no âmbito da Atenção Básica. Nesta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se como um instrumento essencial na capacitação e qualificação dos profissionais, buscando as lacunas de conhecimentos e atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços e

dando subsídios para que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população, contribuir na organização do processo de trabalho das equipes da ESF e na formação dos profissionais da área de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

3.3 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País (BRASIL, 2013).

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Entre os objetivos do PMAQ, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Insituído pela Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) com o intuito de melhorar os serviços de Atenção Básica (AB), aportados no acesso e na qualidade de maneira que se estabeleça um padrão nacional, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa.

Ao ofertar amplo leque de situações a serem analisadas e transformadas em cada local, o PMAQ não se propõe a ser neutro, como se qualquer sentido e direção da mudança fosse desejável. Em uma perspectiva mais ampla, pesquisadores afirmam que o PMAQ-AB busca gerar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado (FERLA; CECCIM; DAL'ALBA, 2012).

Configura-se como um dispositivo que objetiva provocar o coletivo a interrogar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e condições de trabalho, induzindo a ampliação da capacidade de cogestão de maneira a produzir espaços de negociação e planejamento para a superação dos problemas identificados e o alcance dos objetivos desejados e pactuados (BRASIL, 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O programa sugere e valoriza certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011a). Dessa forma, se faz necessário à implementação de instrumentos e dispositivos organizacionais que favoreçam o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes (MATUDA et al., 2015).

Neste sentido, a amplitude e ousadia dos objetivos do PMAQ podem ser percebidas ao ler suas diretrizes expostas na Portaria 1.654, a saber:

I– construir ‘parâmetro de comparação’ entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – estimular ‘processo contínuo e progressivo de melhoramento’ dos padrões e indicadores de ‘acesso e de qualidade’ que envolva a ‘gestão, o processo de trabalho’ e os ‘resultados alcançados’ pelas equipes de saúde da Atenção Básica;

III – ‘transparência’ em todas as suas etapas, permitindo-se o ‘contínuo acompanhamento’ de suas ações e resultados ‘pela sociedade’;

IV – ‘envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores’ federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de Atenção Básica e os usuários num ‘processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica’;

V – ‘desenvolver cultura de negociação e contratualização’, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – ‘estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários’; e

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu ‘êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos’ (BRASIL, 2011a).

O programa sugere e valoriza certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo. Ao constituir-se como um indutor de padrões de qualidade para o acesso à AB, ofertou a partir da realização do 1º e 2º ciclo, um amplo diagnóstico da infraestrutura das UBS, do processo de trabalho das equipes, produzindo informações capazes de gerar aprimoramento institucional e profissional. Além de introduzir a perspectiva da avaliação por desempenho (BRASIL, 2011a; GIOVANELLA et. Al., 2016).

O PMAQ-AB estabelece parâmetros de avaliação definidos, a serem implementados por meio de fases, que incluem desde processos de autoavaliação pelos sistemas municipais, até a avaliação externa. Neste sentido, está estruturado em quatro fases complementares distintas, que configuram um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

Primeira fase – etapa de contratualização de compromissos e indicadores; Segunda fase – desenvolvimento do conjunto de ações (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Terceira fase – correspondente à avaliação externa; e, finalmente, a Quarta fase – denominada recontratualização (BRASIL, 2011).

A segunda fase, Desenvolvimento, consiste no conjunto de ações realizadas pelas equipes de AB e pelos gestores dos três entes federativos com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2011). Fazem parte desta fase as estratégias: Autoavaliação; Monitoramento dos indicadores; Apoio Institucional (AI); e Educação Permanente.

A terceira fase corresponde à Avaliação Externa, que tem a pretensão de viabilizar a certificação de todas as equipes de AB do PMAQ-AB; realizar o censo de todas as Unidades Básicas de Saúde do Brasil, aderidas ou não;

Finalmente, a quarta fase, constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

A forte associação entre os graus de apoio recebidos e a certificação das equipes corrobora a hipótese de que a execução de atividades organizacionais, fomentando a circulação de saberes e capacidade crítica dos grupos, melhora a qualidade e a gestão da Atenção Básica em Saúde (SANTOS et al.,2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, descritivo, de abordagem quantitativa, a partir do banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, no Estado da Paraíba, realizada com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, em 2013.

Para Gil (2008) o estudo documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Ainda para o autor, as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

Quanto a pesquisa quantitativa Lakatos (2003) diz que definem-se e delimitam-se as classes sociais, especificando as características dos membros dessas classes, e após, mede-se a sua importância ou a variação, ou qualquer outro atributo quantificável que contribua para o seu melhor entendimento. Considera-se mais do um meio de descrição racional; uma vez que se entende como um método de experimentação e prova, ou seja, um método de análise.

4.2 Local e período da coleta de dados

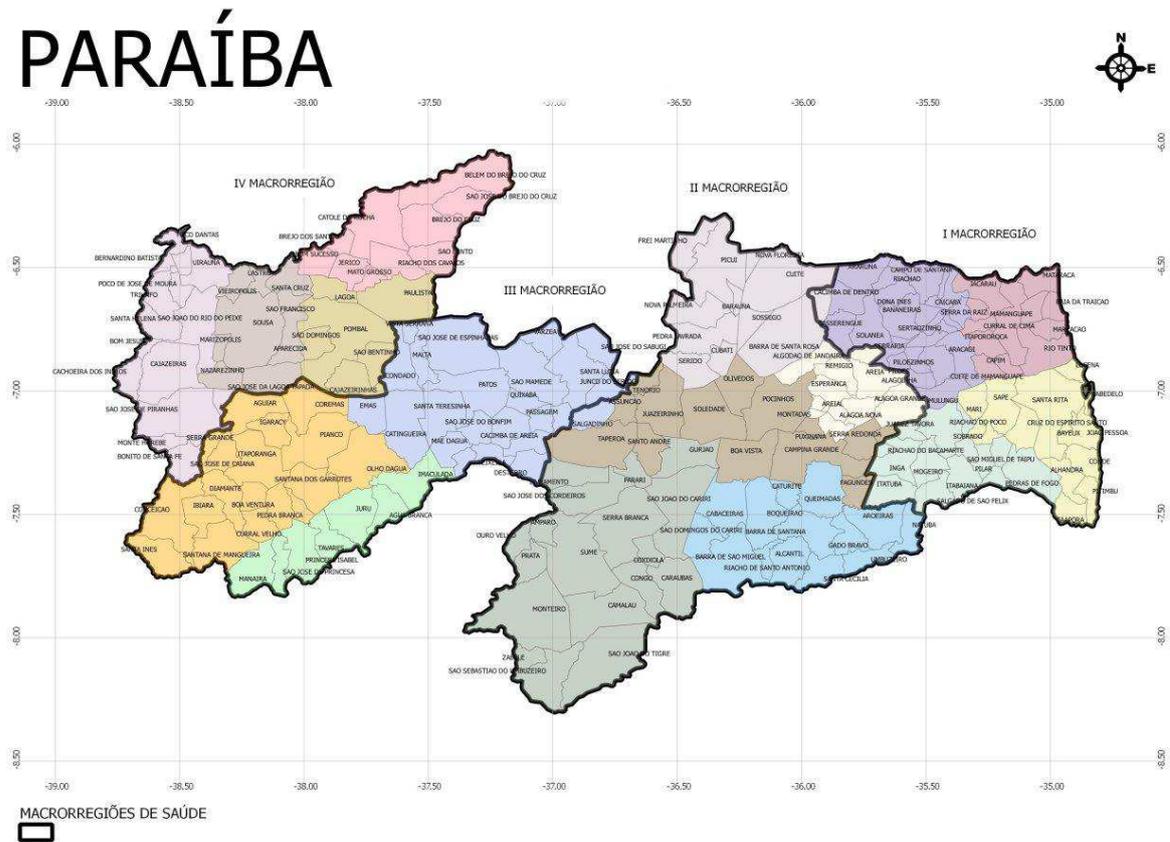
O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande- PB, entre os meses de agosto e setembro de 2017, por meio da consulta ao Banco do PMAQ-AB.

4.3 População e Amostra

Foram selecionadas para esse estudo o banco de dados referente as Equipes de Saúde da Família que fizeram adesão ao PMAQ, no 2º ciclo, no estado da Paraíba. Nesse período, foram percorridos 223 municípios, dentre os quais 1246 equipes de Saúde da Família, que aderiram ao PMAQ, e participaram da avaliação externa.

O Estado da Paraíba conta com uma população estimada em 4.025.558 segundo o Diário Oficial da União, composto por 223 municípios, divididos em 12 regiões geoadministrativas, cujas sedes situam-se nas seguintes cidades: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha, Cajazeiras, Souza, Princesa Isabel, e Itabaiana (BRANDÃO et al., 2012; BRASIL,2017).

Figura 1. Mapa do estado da Paraíba.



Fonte: Google Imagem (2017)

4.4 Critérios de Inclusão

- Equipes que aderiram a contratualização do PMAQ-AB;

4.5 Critérios de Exclusão

- Equipes restritas apenas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Para viabilizar a coleta de dados foi elaborado um instrumento (roteiro) contendo variáveis realizadas pelas equipes da ESF que aderiram ao PMAQ-AB (Apêndice A), composto por cinco variáveis contempladas no Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (módulo II), do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2013), a saber:

- Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe;
- planejamento da Equipe de Atenção Básica
- organização dos Prontuários na Unidade de Saúde;
- organização da Agenda para realização das ações.
- Apoio Institucional permanente.

4.7 Técnicas de Análise de Dados

No tocante a técnica de tratamento e análise dos dados, utilizou-se planilhas do Programa Microsoft Excel 2007 e, a seguir, procedeu-se o cálculo das frequências simples e dos percentuais de cada item de verificação, e organizados e apresentados por meio de estatística descritiva, na forma de tabelas e gráficos.

4.8 Considerações Éticas

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução COFEN nº564/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõem sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento do estudo, procurou-se estruturar os resultados e a discussão da seguinte forma: inicialmente, apresenta-se a caracterização dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da família, que participaram da 2ª avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, nos municípios paraibanos (TABELA 1).

Posteriormente, apresenta-se, conforme critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde sob a ótica do Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a descrição das variáveis, objeto do referido estudo, a saber: Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe e o processo desenvolvido (organização do trabalho, prática dos serviços e a atenção à saúde).

Caracterizando o perfil dos profissionais de saúde participantes da Avaliação Externa do PMAQ-AB no Estado da Paraíba.

Tabela 1. Formação acadêmica, formas de ingresso dos profissionais de saúde que participaram da avaliação do PMAQ-PB e atuam na ESF, Brasil, Paraíba, 2014.

| PROFISSIONAIS DE SAÚDE/ESF | TOTAL | |
|--|-------|------|
| | n | % |
| Profissional | | |
| Médico | 33 | 2,6 |
| Enfermeiro | 856 | 68,7 |
| Outros profissionais de nível superior | 327 | 26,3 |
| Não se aplica | 28 | 2,2 |
| Forma de Ingresso | | |
| Concurso Público | 719 | 57,7 |
| Indicação | 227 | 18,2 |
| Outras forma | 153 | 12,3 |
| Seleção Pública | 86 | 6,9 |
| Não se aplica | 54 | 4,33 |
| Não sabe/Não respondeu | 7 | 0,6 |

Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quanto à caracterização dos profissionais de saúde que responderam ao módulo II, destaca-se a predominância do profissional enfermeiro, correspondendo a 68,7%, seguido de 26,5% referente a outros profissionais de nível superior, e apenas 2,6% foram médicos. Além disso, 2,2% dos entrevistados responderam que não se aplica a realidade da equipe. Em outro estudo realizado por Costa et al., (2013), com o objetivo de conhecer o perfil do profissional de nível superior (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas), atuantes na Saúde da Família, da zona urbana de Montes Claros (MG), entre os profissionais entrevistados, observou-se uma grande parcela de enfermeiros, correspondente a 47,4% dos profissionais .

Quando questionados sobre a forma de ingresso para atuação na ESF, 57,7% referiram como forma de ingresso, o Concurso Público, 18,2% a partir da indicação, 12,3% outras formas, 6,9% Seleção Pública, seguido de 4,3% que afirmou não se aplicar a realidade da equipe, e por último, 0,6% não souberam responder. Estudo realizado por Lima et al., (2016) com o objetivo de identificar o perfil dos profissionais da ESF no município de Serra (ES), observou-se que grande parte dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ingressaram na ESF por Concurso Público, sendo o regime de trabalho, a modalidade estatutária. Entretanto, entre os ACS, a maior parte, ingressou na ESF por processo seletivo, considerados empregados públicos.

Corroborando com os resultados apresentados na Tabela 1 no que diz respeito a forma de ingresso profissional , pesquisadores (LENZI et al., 2010), com o objetivo de analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do ESF de um município no Sul do Brasil, apontam que 100% dos profissionais dentista entrevistados, ingressaram na referida estratégia através de contrato temporário. Situação preocupante, tendo em vista registro de atritos observado entre os servidores efetivos e os contratados, em pesquisa realizada por (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015), desde que as equipes da ESF passaram a ser geridas pelas Organizações Sociais (OS), tendo em vista salários e gratificações diferenciadas, quando as atividades desenvolvidas entre os profissionais são as mesmas.

Questões referentes ao tempo de atuação na ESF, também foram levantadas, por entendermos que o processo de organização das ações de saúde, está diretamente ligado à formação bem como a atuação profissional (TABELA 2). Além disso, a consolidação e a ampliação da ESF como eixo estruturante da APS no Brasil, sem dúvida, têm como um de seus maiores desafios fixar profissionais nas distintas oportunidades do mercado de trabalho.

Tabela 2. Tempo de atuação dos profissionais que participaram da 2ª avaliação do Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, Brasil, Paraíba, 2014.

| TEMPO DE ATUAÇÃO/ANO | TOTAL | |
|----------------------|-------|------|
| | n | % |
| 0 a 4 anos | 835 | 67,0 |
| Entre 5 e 9 anos | 208 | 16,7 |
| Maior 10 anos | 100 | 8,0 |
| Não se aplica | 103 | 8,3 |

Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

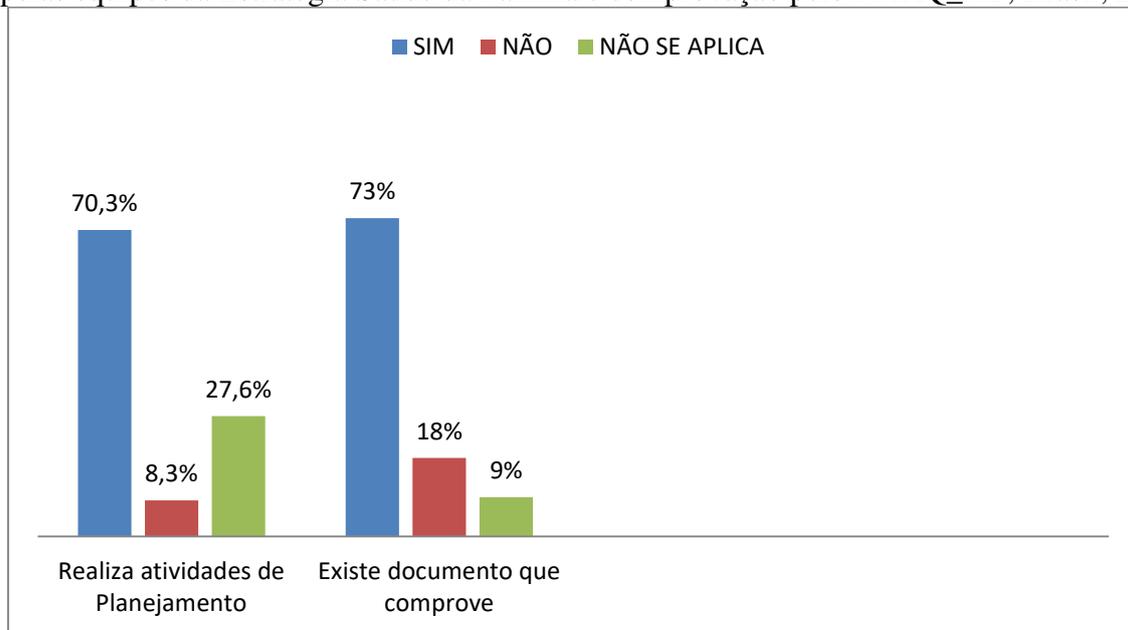
Observa-se na tabela 2 que a maioria dos participantes da avaliação externa do PMAQ-AB, conta com curto tempo de trabalho na ESF, uma vez que 67,0% afirmaram trabalhar de zero a quatro anos, 16,7% entre cinco e nove anos, além disso, 8,0% dos entrevistados afirmaram mais de dez anos de atuação, o que corrobora os resultados do estudo realizado por Lopes e Busquat (2011), com o objetivo de traçar o perfil de médicos e enfermeiras da ESF, identificando os profissionais que se fixaram à ESF no município de Praia Grande, (SP), porem, se observou que a maioria dos entrevistados (médicos e enfermeiras) trabalhava há menos de dois anos na ESF.

Outro estudo realizado por Santana et al., (2013), com o objetivo de analisar as ações de saúde desenvolvidas por EqSF em um município do sudeste goiano, observou-se quanto ao tempo de atuação dessas equipes, que sua maioria encontra-se entre os períodos de quatro meses a doze anos de experiência.

Estudo realizado com 78 profissionais de saúde integrantes de oito equipes de PSF e de seis equipes de saúde bucal (ESB), pertencentes a cinco municípios de pequeno porte da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, a grande maioria dos profissionais que compuseram a amostra (94,8%) relatou que atua há mais de três anos no PSF.

No presente estudo, foi possível verificar as atividades de planejamento e programação das ações realizadas pelas equipes da ESF, com o objetivo de desenvolver as ações programadas e promover o vínculo com a comunidade (GRÁFICO 1).

Gráfico 1. Realização das atividades de planejamento e programação das ações realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e comprovação pelo PMAQ_AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Na ESF, o planejamento e a programação em saúde fazem parte do cotidiano dos profissionais, que buscam identificar necessidades de saúde na comunidade e desenvolver estratégias de ação que modifiquem estas condições. No que se refere ao eixo das atividades de planejamento e programação das ações realizadas pelas equipes da ESF que participaram do presente estudo, mensalmente 70,3% dos profissionais de saúde entrevistados, relataram que realizam o planejamento e programação das ações, enquanto que 8,3% disseram não realizar, 27,6% afirmam que não se aplica a realidade da equipe.

Esses dados corroboram com uma pesquisa realizada por Cruz et. al. (2014), com o objetivo de caracterizar o uso do planejamento e da autoavaliação para a melhoria do processo de trabalho das EqSF sob a ótica da organização da ABS, além de identificar se houve a incorporação do planejamento e da autoavaliação como ferramentas de gestão e dispositivos para o monitoramento da prática cotidiana da AB, no Brasil, observou-se que a maior parte das equipes avaliadas em todas as regiões do país realizavam atividades de planejamento.

Dentre as regiões do Brasil avaliadas, observou-se um menor percentual de resposta na região Norte (82,8%) e o maior na região Sul (88,6%).

Estudo realizado por Andrade et al. (2014), com o objetivo de elaborar e validar um instrumento para visita domiciliar (ficha B-VD) visando o acompanhamento das visitas domiciliares pelas equipes de Saúde da Família (eSF) na Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju, estado de Sergipe, Brasil, observou-se em relação ao processo de trabalho das equipes investigadas, que majoritariamente, 98,9% dos profissionais realizavam a VD e 77,6% planejavam essa atividade.

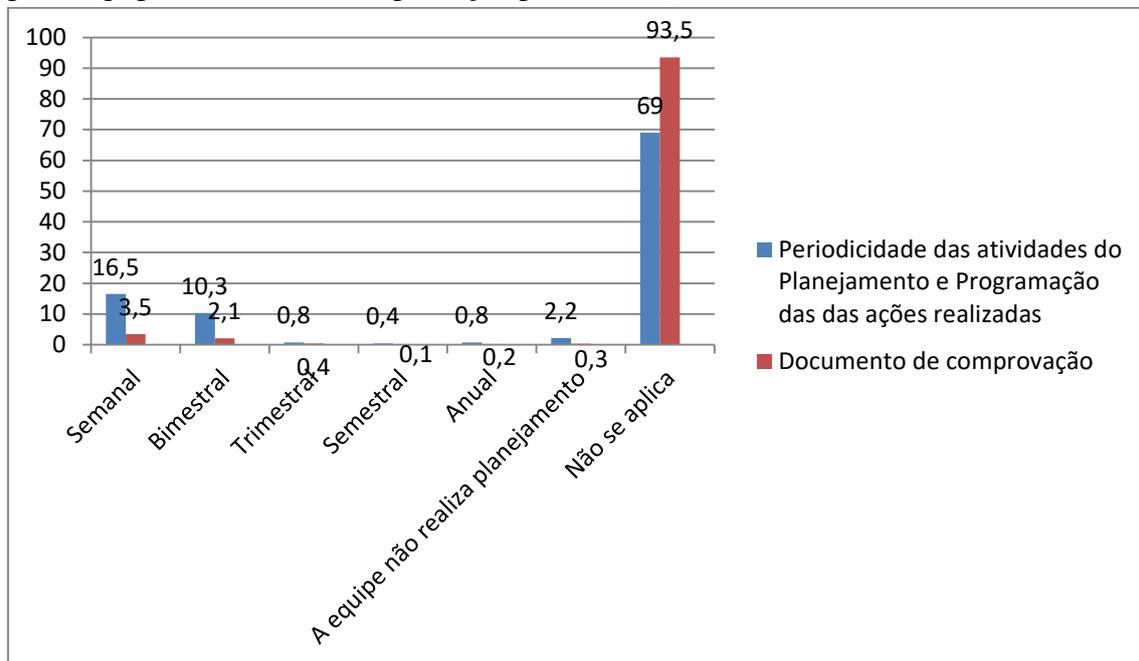
Além disso, apontou os enfermeiros como o profissional que relataram planejar a visita com mais frequência: 88,5%. Nessa perspectiva, chama-se a atenção das equipes da ESF, uma vez que o processo de trabalho em saúde deve atuar de forma articulada com a equipe, com o objetivo de contribuir para a construção da saúde, enquanto produção social e qualidade de vida, de modo que cada ator possa desempenhar o seu trabalho como agente de transformação.

Quando questionados sobre o documento que comprovasse a existência do registro do planejamento e programação das ações, 73,0% apresentaram documento válido, 18,0% apresentaram documento não válido, 9,0% não se aplica ao trabalho da equipe. Para Franco et al. (2009) as práticas de saúde estruturadas a partir das ações programáticas devem ser avaliadas e revistas de modo a valorizar a subjetividade como questão importante na organização do processo de trabalho da equipe. Assim, os profissionais conhecem melhor a realidade da população e conseguem desenvolver ações voltadas para as necessidades locais.

Melo (2016) reforça dizendo que o planejamento dos serviços é importante para conferir direcionalidade às ações, às tomadas de decisões, racionalização de procedimentos e rotinas. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde.

Além disso, valorizam as informações no cotidiano da ESF, pois ressaltam a necessidade do profissional de ter em mãos dados reais, que correspondem à situação de saúde da população a que atende. Conforme se observou no referido estudo, isso envolve ações coletivas, realizadas periodicamente (GRÁFICO 2). Além disso, exige raciocínio, reflexão e análise dos atores envolvidos, necessitando da participação de todos os profissionais, de modo a contribuírem com sua experiência e olhar diferenciado para a situação de saúde da população de forma periódica e sistemática. (KAWATA LS, MISHIMA SM, CHIRELLI MQ, PEREIRA, 2009).

Gráfico 2. Periodicidade das atividades do Planejamento e Programação das ações realizadas pelas equipes avaliadas e comprovação pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quando questionados sobre a periodicidade do planejamento e programação das atividades, 16,5% dos profissionais de saúde responderam que realizavam semanalmente; 10,3% bimestral; 8% trimestralmente; 4% semestral; seguido de 8% que realizavam anualmente; 2,2% em afirmaram que a equipe não realiza planejamento; e por último 69% afirmaram que a questão em pauta, não se aplica a realidade da equipe.

Dado preocupante, tendo em vista a relevância do planejamento e da programação, enquanto ferramentas de gestão, para a organização do processo de trabalho das equipes, uma vez que visa desenhar, executar, acompanhar e avaliar propostas de ação para modificar uma situação insatisfatória, tanto do ponto de vista individual como coletivo. Além disso, destaca-se a programação, como uma etapa do planejamento em que são explicitados os compromissos de cada indivíduo (CARNUT, 2012).

O resultado do presente estudo vem ao encontro da pesquisa realizada por Sarti et al. (2012), a partir de dados secundários referentes a 64 municípios que aderiram ao processo AMQ-ESF no Espírito Santo, no ano de 2007, observou-se que 42,6% das equipes realizam reuniões semanais com todos os seus membros para discutir casos, resolver conflitos, planejar as ações e compartilhar saberes, ao menos semestralmente. Ainda para os autores, 38,5% das equipes planejam a continuidade de suas ações; 24,5% das equipes disponibilizam

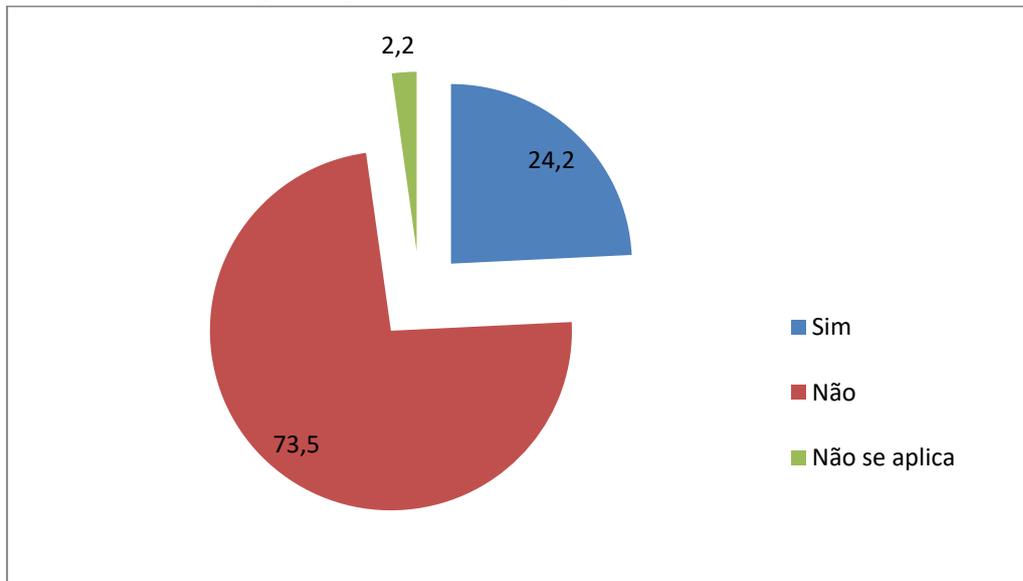
recursos para registro de sugestões e reclamações dos usuários; e 7,1% reúnem-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.

Além disso, outro resultado evidenciado no presente estudo trata-se da existência de documento que comprove a periodicidade do planejamento e programação, em que se pode observar que 3,5% dos profissionais entrevistados, apresentaram o documento comprobatório referente ao planejamento semanal; 2,1% confirmaram realização do planejamento bimestralmente; seguidos de 8% trimestral; 4% semestral; 2% com comprovação anual; 3% responderam que a equipe não realiza planejamento; e por fim 93,5% não se aplica a realidade da equipe.

Dados encontrados na pesquisa de Farias (2015) desenvolvida com profissionais inseridos na equipe mínima das Unidades de Saúde da Família de João Pessoa/PB, apontam que as reuniões da equipe ocorrem semanalmente, e tem por objetivo o planejamento das atividades, como também a avaliação das ações facilitadoras ou obstáculos para o processo de trabalho. Este achado reforça o resultado semelhante encontrado no estudo realizado por Medrado, Casanova e Oliveira (2015), no qual se percebeu que para a avaliação e organização do processo de trabalho 99% das EqAB realizam a reunião da equipe, sendo 59,5% com periodicidade semanal, 18% quinzenal e 13,9% mensal.

Percebe-se ser necessário à implementação de espaços de discussão com os profissionais de saúde e equipe gestora, sobre a implantação do prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde (Gráfico 3).

Gráfico 3. Implantação do Prontuário Eletrônico e Organização dos Prontuários nas Unidades de Saúde participantes do PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quando questionados acerca da implantação do prontuário eletrônico na equipe, 24,2% disseram que sim, enquanto que 73,5% responderam que não e 2,2% dos profissionais referiram que não se aplica a sua realidade. Gonçalves et al. (2013), aponta que o prontuário eletrônico não é utilizado como ferramenta de gestão. Para os autores, ressalta-se a relevância desse modelo de registro na AP, uma vez que proporciona uma maior qualidade ao atendimento, organização da gestão pública, tendo em vista, reduzir o número de papéis arquivados, diminuir a ocorrência de erros de conduta; redundância de procedimentos, tais como exames, dentre outros.

Entretanto, estudo realizado por Silva e Lima (2017) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, Brasil, em 2014, com o objetivo de avaliar as instalações físicas, recursos humanos e atividades desenvolvidas, apontam que a divergência e desatualização de informações lançadas nas bases de dados do CNES e do SIA/SUS e, principalmente, a baixa utilização do prontuário eletrônico dificultam ainda mais o acompanhamento e continuidade do projeto terapêutico do paciente dentro dos serviços de saúde mental da região.

Outro estudo realizado por Júnior (2011), em que foram selecionados 400.000 logs de 30 médicos (20 especialidades) durante um período de 3 meses. com o objetivo de identificar como os médicos utilizam o PEP e se existem ações pró-ativas na busca das informações cadastradas sobre o histórico dos pacientes para melhoria da qualidade no atendimento, pode-se constatar melhoria na qualidade do atendimento a partir da utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente, devido à legibilidade da ficha médica, localização rápida do histórico do paciente, solicitação on-line de exames, eliminação do papel e conseqüentemente diminuição da burocracia operacional, beneficia a prática dos profissionais envolvidos, porque facilita o acesso ao paciente no que diz respeito a produção de z receitas e controles mais rápidos estritamente e apropriadamente o uso de materiais e medicamentos por pacientes (JUNIOR; ERMETICE, 2011; JENAL; ÉVORA, 2012).

Para Gonçalves et al. (2013), os benefícios gerados superam as dificuldades apontadas, além disso, considera-se a implantação dos prontuários eletrônicos em todo o território nacional, como um grande passo em direção à melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes, por gerar facilidade, agilidade e segurança para os profissionais de saúde. Para Mendes (2007), trata-se de uma ferramenta de gestão relevante, capaz de aumentar, significativamente, a produtividade e os índices de qualidade e satisfação das pessoas usuárias.

Pesquisa realizada por Canêo e Rondina (2014), utilizando como fonte de coleta dados do tipo bibliográfico, em artigos publicados em periódicos e eventos científicos nacionais, destaca-se como principais vantagens da adoção de um sistema informatizado de registros: o acesso rápido ao histórico do paciente, a facilidade na consulta de dado em atendimentos futuros, a redução no tempo de atendimento, a melhoria no controle e planejamento hospitalar e a melhoria na qualidade do atendimento. Por outro lado, a única desvantagem citada por mais de 50% dos estudos selecionados, trata-se da resistência dos profissionais da saúde quanto ao uso de novas tecnologias, o que se deve, normalmente, à falta de domínio de informática dos usuários.

Ainda para os autores, isso mostra que a implantação de um sistema eletrônico de registros, após certo período de adaptação, traz mais benefícios que prejuízos à equipe de saúde e aos próprios pacientes. Além disso, o avanço dessa tecnologia no setor de saúde exige não só um investimento de alto custo por parte das instituições de saúde, como também uma educação paralela dos profissionais de saúde e um estudo destinado a melhorar as práticas de registro (RODRIGUES; XAVIER; ADRIANO, 2001), esclarecendo ainda, que o contato com o paciente continua a ser a base de bons cuidados de saúde.

Os sistemas eletrônicos de registro de saúde contribuem grandemente para a prática de saúde dos profissionais de saúde tais como: clareza, compartilhamento e velocidade de informação, otimização do espaço físico, já que o arquivo é digital e não em papel criando facilidade na gestão serviços, que culminaram com a melhoria da qualidade de cuidados prestados à população. Mesmo assim, os custos de implantação relacionados à aquisição de equipamentos e sistemas informáticos e treinamento dos profissionais são barreiras notáveis (ZACARA et al., 2016).

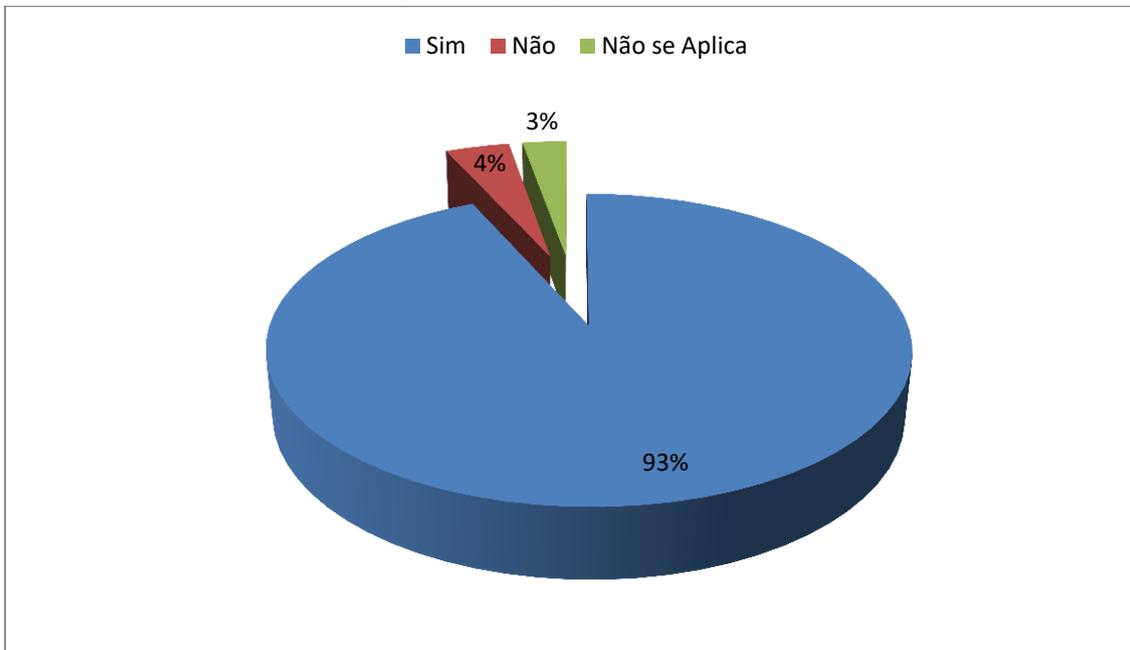
Quando questionados sobre o tipo de prontuário utilizado pelas equipes entrevistadas, 0, 2% dos participantes responderam utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB; seguido de 0, 2% apontaram a utilização do prontuário eletrônico próprio, e por último 99, 7% responderam que a questão não se aplicava a realidade do grupo.

Silva (2011) destaca a importância do investimento em recursos para a incorporação de tecnologias e a melhoria de acesso dos usuários aos serviços. Dentre as ferramentas que podem auxiliar a organização do processo de trabalho das equipes da ESF, encontram-se os sistemas logísticos, representados pelos cartões de identificação dos usuários e o prontuário clínico (GONÇALVES et al., 2013).

Corroborando com os resultados do estudo, pesquisa realizada por Namorato et al., (2013) em um Hospital Municipal na cidade de Volta Redonda (RJ), aponta que o conhecimento a respeito do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), seu funcionamento e potencialidades, ainda são fonte de dúvidas para a maior parte dos médicos. Ainda para os autores, a necessidade de uma maior discussão e disseminação de informações a respeito do PEP junto aos profissionais de saúde, auxiliando assim na implantação de tal sistema nas instituições de saúde, além disso a falta de conhecimento pode surgir como um entrave à sua utilização, afetando a agilidade do atendimento aos pacientes, como destacado (MOURÃO; NEVES, 2007).

Outro aspecto que deve ser considerado para a organização do processo de trabalho das equipes, trata-se da forma como os prontuários dos usuários estão organizados (Gráfico 4).

Gráfico 4. Organização do prontuário dos usuários acompanhados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

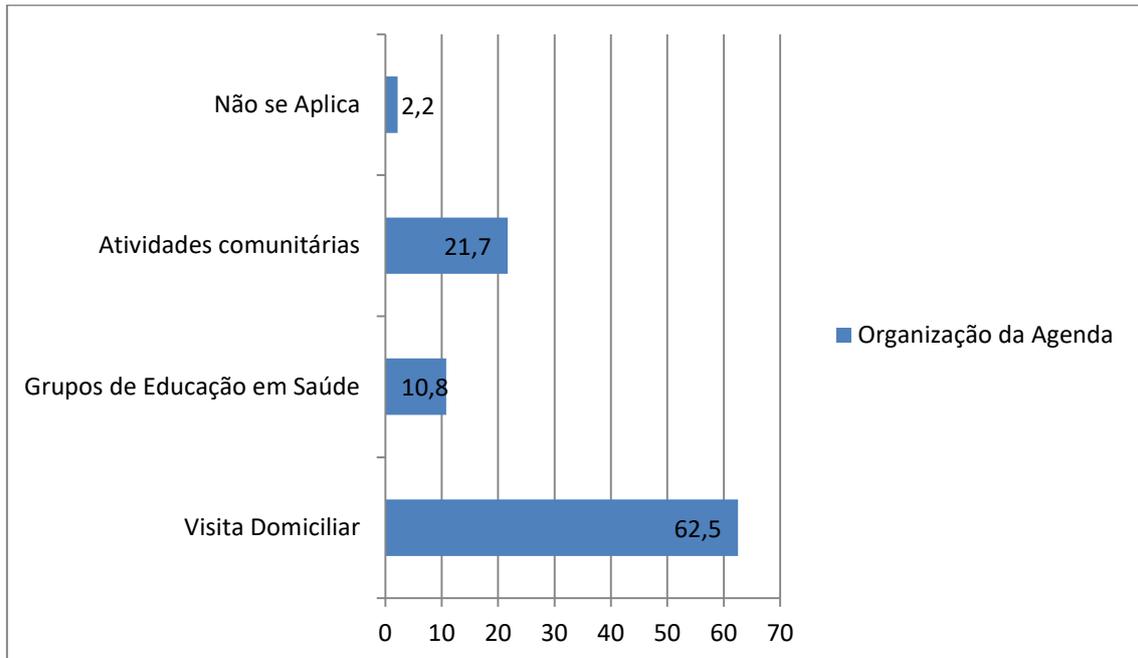
Quando questionados se os prontuários estão organizados por núcleo familiar, 93% das equipes entrevistadas responderam que sim; 4,% responderam que não, e 3% disseram que não se aplica a realidade.

Estudo realizado por Rodrigues (2013), com o objetivo analisar a organização e o funcionamento de um arquivo de prontuários médicos de família em uma USF Água Fria da cidade de João Pessoa, Observou-se que os prontuários estão armazenados em envelopes, por famílias, organizados em ordem numérica, agrupados de cinco em cinco e posicionados em pastas do tipo AZ suspensas. Entretanto, verificou-se que a maioria dos prontuários não continham a sua numeração relacionada à família, fato preocupante, tendo em vista prejudicar a recuperação da informação, uma vez que, se o prontuário for colocado em envelope diverso de seu núcleo familiar, pode acarretar em atrasos no atendimento do usuário pela equipe de saúde e o conseqüente registro de seus dados médicos.

Pesquisa de Serra e Rodrigues (2010), que encontraram sistemas de informação e comunicação precários em UBS do Rio de Janeiro e Duque de Caxias. Muitas equipes não possuíam telefones ou computadores em rede e a comunicação era feita através de

formulários em papel, além de nunca ou quase nunca haver a contrarreferência, o que fez esses autores concluírem que o sistema de referência e contrarreferência era comprometido, assim como a necessária integralidade e continuidade dos cuidados.

Gráfico 5. Organização da agenda pelas equipes de Atenção Básica avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

No tocante a organização da agenda, observou-se no presente estudo, que 65,2% das equipes da ESF, organizam a agenda para ações referentes à Visita Domiciliar; seguido de 10,8% para grupos de educação em saúde; e 21,7% para as Atividades comunitárias (21,7%). Além disso, 2,2% responderam que a situação referida não se aplica a sua realidade.

Pesquisa realizada por Melo et al., (2016), em um município do estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar a efetividade da implantação de uma agenda de atividades na melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, apontam diferenças significativas na análise comparativa antes e após a implantação da agenda, tendo em vista, o aumento de 63% na cobertura dos pacientes atendidos na primeira consulta, redução de 30% dos casos de urgência; aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e aumento no número de procedimentos. Ainda para os autores, a agenda construída de acordo com os princípios e diretrizes do SUS foi facilitadora na reorganização do processo de trabalho promovendo a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal, a grupos prioritários: gestantes, bebês,

escolares, paciente especial, com hipertensão, com diabetes, beneficiário do Programa Bolsa Família.

Nessa perspectiva Reis et al. (2010), orienta às eESF a desenvolverem ações educativas e preventivas com gestantes, fundamentais para que a mãe cuide não só da sua própria saúde bucal como também possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

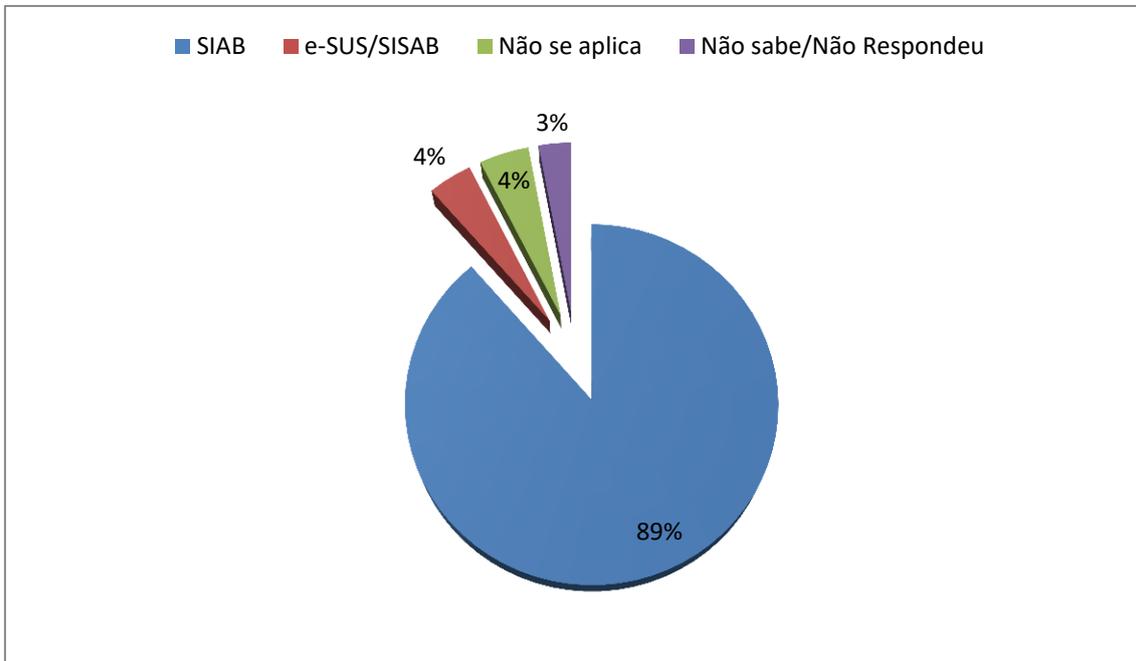
Outro estudo realizado município de Picos, Piauí, escolhida conforme os seguintes critérios de inclusão: adesão ao PMAQAB no primeiro (2011/2012) e segundo (2013) ciclo do programa; certificação de padrão “ótimo”; equipe com manutenção regular de dados no SIAB convém destacar o crescimento do percentual acerca de realização de consultas agendadas, passando de 41,0% em 2012 para 71,0% em 2013 (SOUSA; SILVA, 2016).

Estudo realizado em dois municípios brasileiros, localizados no Estado da Bahia, em 11 Unidades de Saúde da Família (USFs), apontam que os municípios pesquisados são marcados também por práticas convencionais de assistência, pautadas na doença e centradas em procedimentos, as quais comprometem a lógica de mudança do modelo. Corroborando com os resultados (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Outro estudo que teve como objetivo identificar a satisfação da população idosa acerca da assistência de saúde recebida na Estratégia de Saúde da Família, em Santa Cruz-RN, aponta que os idosos referiram insatisfação no agendamento de consultas, bem como quanto ao curto período de tempo dedicado a estas, que costumavam acontecer após um longo tempo em filas de espera (OLIVEIRA et al., 2016).

Os autores lembram que a insatisfação refere-se a um dos principais objetivos da unidade de Saúde da Família, porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal e ressaltam que essas dificuldades estão relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo. Um dos problemas que podemos inferir é o excesso de referências, que pode surgir pela utilização inadequada da atenção especializada (PROTASIO, 2014).

Gráfico 6. Tipo de Sistema de Informação utilizado para o registro das informações, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quando questionados sobre o sistema de informação utilizado para o registro das informações, 89,0% das equipes responderam que utilizam o SIAB como sistema de informação para registro de das informações; 4 % e-SUS/SISAB; 4% não se aplica a realidade da equipe; 3% não sabe/não respondeu.

Para Krist et al. (2014) pela variedade, complexidade e abrangência dos procedimentos na AP a serem captados, se faz necessária essa mudança fundamental no registro individualizado das ações prestados, sejam episódicas ou contínuas para a personalização do cuidado baseado em evidências com participação ativa de equipe de pacientes, tratando-se da inclusão dos sistemas de informação no cotidiano de trabalho. Entretanto, 2% dos entrevistados, afirmaram ter recebido capacitação para utilização do sistema, e 99,8% afirmaram que não se aplica a realidade da equipe. Tornando mais dificultoso essa informatização dos registros.

Para Dutra et. al (2017) a utilização plena do sistema além de envolver os profissionais de saúde no cuidado da atenção primária, proporciona maior controle na logística de gastos, tempo e eficiência do sistema. Além disso, podem facilitar o fluxo de trabalho e melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, trazendo informações como

diagnósticos, alergias, resultados de laboratório e medicamentos (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2015).

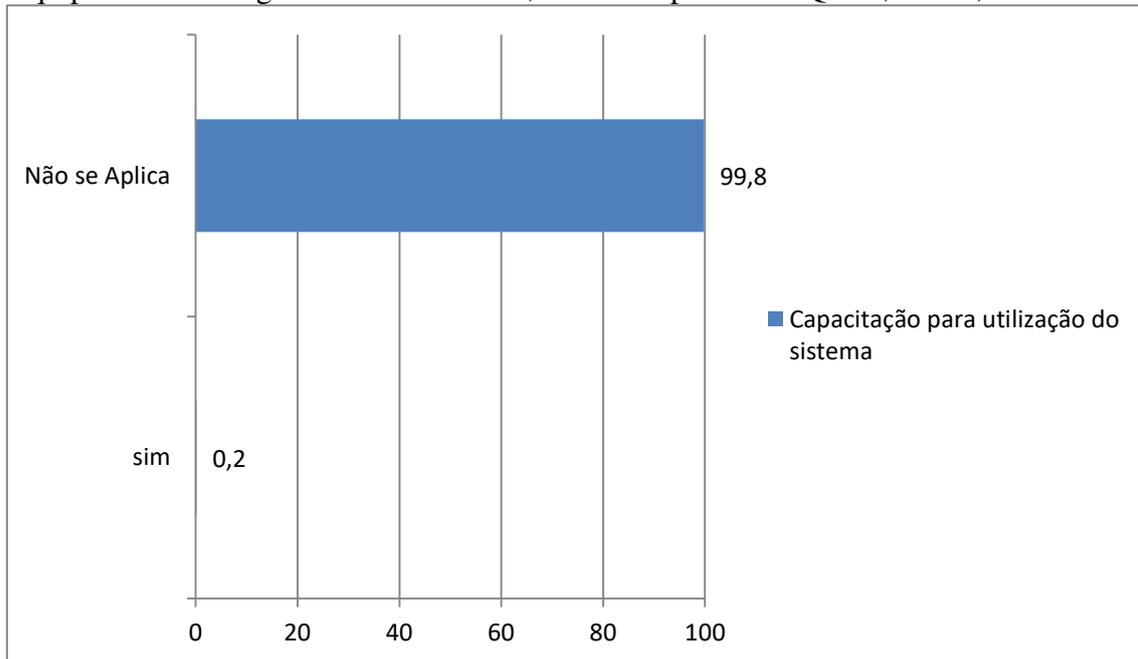
Neste sentido, para que ocorra a interação do processo organizacional, tecnológico e humano, é preciso que os gestores dos estabelecimentos assistenciais a saúde estejam sensibilizados da importância destas três dimensões para se obter um sistema de informação eficaz que gere soluções para os diversos problemas encontrados em uma determinada situação ou ambiente, propiciando assim um melhor atendimento ao cliente de saúde (RASIA; ROSSIS; REDISS, 2012).

O conhecimento limitado dos gestores sobre a estratégia e-SUS AB fomenta a ineficiência e insuficiência dos registros a falta de capacitação adequada para os profissionais para que eles possam entender não só como funciona, operacionalmente, mas entender o porquê que tem que preencher esses dados, qual a importância, qual a relevância disso para o serviço prestado (VALE, 2017).

Gonçalves (2016) disserta em seu estudo que o SISAB tornou-se um “alvo móvel”, visto as inúmeras atualizações sofridas pelo sistema cominando em dificuldade das equipes se adaptarem a usa-lo assim como no caso de EqSF que fazem uso de outro tipo de software na APS. O autor evidencia sua conclusão fomentando que é importante trazer um pouco dessa história e mostrar o impacto que essa mudança teve para o aplicativo ALERT® SAIS em Manguinhos, pois o esforço para adequá-lo ao SISAB se estendeu por cerca de dois anos e consumiu muitos dos recursos de customização da ALERT, comprometendo, mais uma vez, as demandas de caráter mais local.

O SISAB por sua vez projetada para ser alimentada por três aplicativos: (1) Coleta de Dados Simplificados (CDS); (2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); e (3) App AD (Atenção Domiciliar) são os equivalentes aos módulos da solução ALERT® SAIS: o CDS equivale ao módulo não clínico, originado do aplicativo SAIS da Infralife, no qual é feito o cadastro dos pacientes e famílias; o PEC equivale ao módulo clínico que foi customizado a partir do ALERT® PRIMARY CARE, ou seja, é o prontuário propriamente dito, com o histórico clínico do paciente; e o APP AD é a solução de dispositivos móveis para uso do trabalho de campo dos ACS, a exemplo do ALERT® HOME VISIT (GONÇALVES, 2016) .

Gráfico 7. Capacitação para utilização do sistema (SIAB, e-SUS/SISAB) utilizado pelas equipes Da Estratégia Saúde da Família, avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.

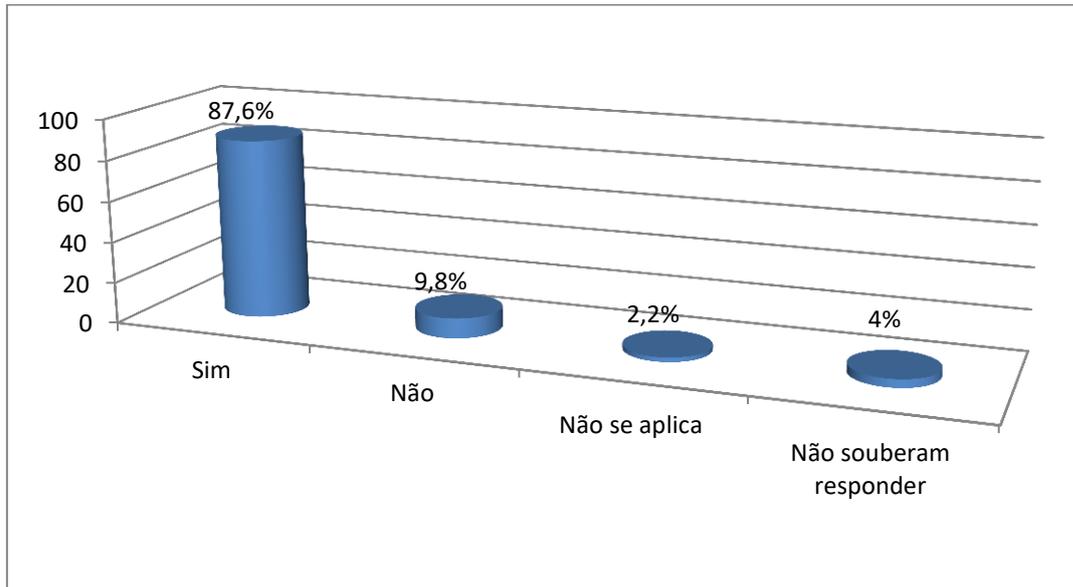


Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

No contexto organizacional da saúde, pôr em análise as instituições e os processos de trabalho têm se constituído, nos últimos anos, um desafio e, ao mesmo tempo, uma diretriz assumida pelo MS, pelos governos estaduais e municipais e pelos trabalhadores. Confor, apresenta do gráfico 6, 91,0% das equipes utilizam o SIAB como sistema de informação para registro de das informações da equipe; 4,1% e-SUS/SISAB; 4,6% não se aplica a realidade da equipe; 3% não sabe/não respondeu. No tocante a capacitação para utilização do sistema ao qual inclui o prontuário eletrônico, quando questionados se receberam capacitação, 0,2% dos entrevistados afirmaram que sim, 99,8% disseram que não se aplica a realidade da equipe.

Em estudo realizado por Canêo e Rondina (2014), observou-se que o principal obstáculo enfrentado pelas instituições de saúde avaliadas, como impasse no processo de implantação do PEP, trata-se da resistência dos profissionais de saúde ao uso de sistemas informatizados, justificado pela falta de domínio de informática. Ainda para os autores, a necessidade de grandes investimentos em hardwares, softwares, equipamentos e treinamentos de todos os profissionais envolvidos.

Gráfico 8. Análise do Apoio institucional Permanente da Secretaria Municipal de saúde às equipes da Estratégia Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quando questionado se a equipe recebe apoio institucional permanente da Secretaria Municipal de saúde (equipe ou pessoa) com o objetivo de discutir e auxiliar nos problemas identificados pelas equipes da ESF, de forma conjunta, 87,6% dos entrevistados respondeu que sim; 9,8% respondeu que não recebeu; seguidos de 2,2% que afirmaram não se aplicar a realidade; e de 4% que não souberam responder.

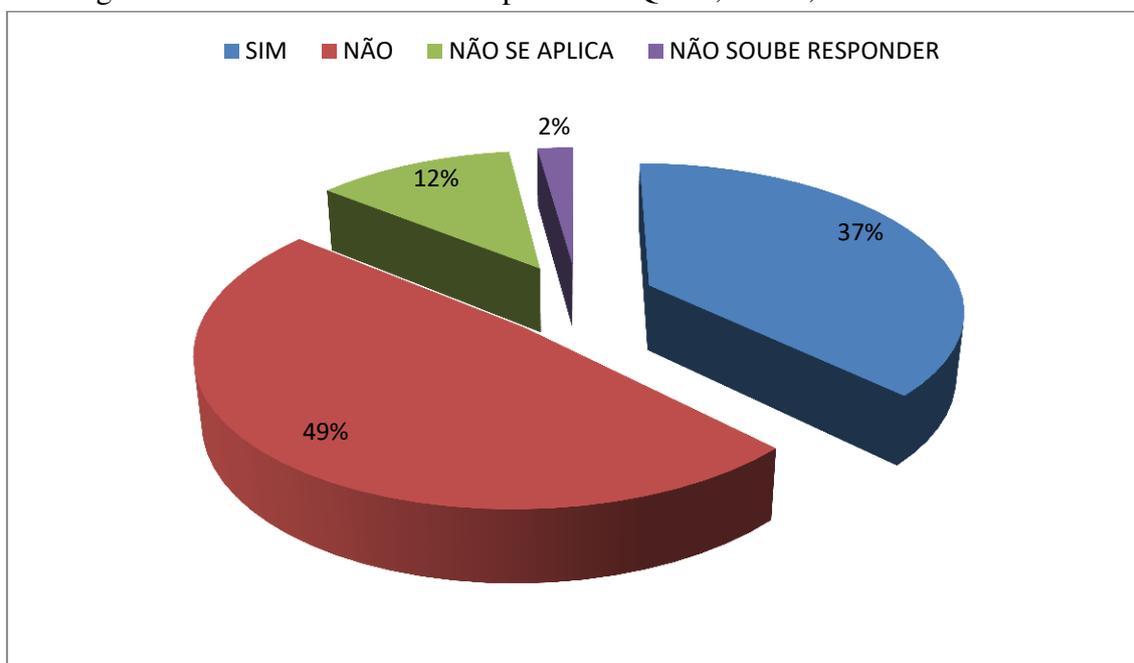
Em estudo realizado por Andrade, Santos e Oliveira (2016), com profissionais da ESF, verificou-se que o apoio institucional facilitou o acesso aos recursos materiais, equipamentos e ajustes estruturais das UBS, além disso, melhorou a comunicação estabelecida entre gestão e equipes de saúde, sobre a necessidade real das equipes, permitindo maior agilidade nas ações. Outro estudo, desenvolvido por Reis et al. (2016), cujo objetivo foi descrever as atividades desenvolvidas pela equipe gestora da Atenção Básica no município de Santo Antônio de Jesus (BA) por meio do apoio institucional, verificou-se a existência de reuniões mensais entre os Coordenadores dos Distritos Sanitários e as ESF, a fim de realizarem a troca de experiências e saberes, bem como promover o levantamento de problemas.

Ainda para os autores, o Apoio Institucional configura-se como importante fator para o melhoramento da estrutura, do processo e dos resultados do trabalho das equipes, pois as reuniões permitem o planejamento e a elaboração de normas de maneira ascendente e participativa (REIS et al., 2016).

Desse modo, institucionalmente, o apoio da gestão tem sido reconhecido na perspectiva de Campos (2014) como ferramenta de ampliação da democracia institucional e autonomia dos sujeitos e, portanto, uma via para alterar os modelos de gestão verticalizados e autoritários, ainda tão presentes no SUS.

Discutir o processo de trabalho torna-se ainda mais importante no caso de equipes que trabalham com AM, onde o desafio e a complexidade de trabalhar com outros profissionais na equipe de ABS, seja como referência ou incorporando-os nas equipes, demanda estabelecer uma relação horizontal entre os profissionais.

Gráfico 9. Análise do Apoio Institucional por indução do PMAQ para as Equipes da Estratégia Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB, Brasil, 2013.



Fonte: Banco de dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2013).

Quando questionado se esse apoio foi por indução do PMAQ, 38,1% referiram que sim; 49,4% responderam, não. Além disso, 12,2% dos entrevistados referiram não se aplicar a realidade da equipe, e 2% não soube responder.

Estudo realizado por Santos et. (2015), com o objetivo de analisar se o grau de apoio institucional e matricial está associado à melhor certificação das equipes da atenção básica à saúde, com base no banco de dados da avaliação externa do PMAQ-AB – primeiro ciclo, observou-se que somente 22,0% das equipes afirmaram receber apoio para a reorganização do processo de trabalho, constituindo-se a atividade menos frequente. Ainda para os autores, esses dados merecem atenção, uma vez que a organização do processo de trabalho configura-

se como fundamental para a efetividade do cuidado em saúde prestado pela equipe (SANTOS, 2015).

Klitzke (2013) com objetivo de Analisar o método “Apoio Institucional”, por meio da base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil, mostra que quando refere-se ao apoio institucional para as equipes a partir da adesão ao PMAQ que ocorreu em média a 6,3% das equipes, portanto se o PMAQ seria um indutor da organização do apoio institucional, essa pergunta demonstrou que o impacto foi limitado.

Nota-se que o apoiador institucional é referência para 65,3% das equipes do PMAQ ,podemos considerar um número elevado pelo fato que a “proposta de AI” é muito recente. Por outro lado as equipes podem compreender o apoio institucional apenas como formas que a gestão/direção da SMS ou pessoas da direção dos programas relacionam-se com as equipes de atenção básica. Não fazendo assim uma diferenciação sobre o ato de “apoiar processos” e a “função apoio”, onde está última implica em um conjunto de estratégias diferenciadas (KLITZKE, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da Família, no Brasil, configura-se como estratégia de reorganização da atenção básica que privilegia a integralidade da atenção, reconhecendo o usuário, a família e o território como centro de sua abordagem.

Tendo em vista o desafio proposto por este estudo em avaliar a Gestão e organização do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família, a partir do Programa de Melhoria do Acesso da Atenção Básica, no Estado da Paraíba, observou-se no presente estudo, que apesar dos esforços demonstrados por parte das equipes da ESF avaliadas, dificuldades e desafios na aplicabilidade das ferramentas de gestão (planejamento, programação, prontuário, agenda, dentre outros), enquanto cultura organizacional em suas esferas de atuação.

Quanto à caracterização dos profissionais de saúde que participaram da avaliação, destaca-se a predominância do profissional enfermeiro, correspondendo a 68,7%. Além disso, quanto a forma de ingresso para atuação na ESF, 57,7% dos entrevistados referiram ser concurso público. Entretanto 18,2% dos participantes referiram como forma de contratação, a indicação, seguido de 12,3% que afirmaram outras formas de contrato, e por último, 6,9% a seleção pública. Fato preocupante, tendo em vista a presença do vínculo empregatício por contrato, resultando em um trabalho precário, mediado pela instabilidade, e que pode levar a desgastes e insatisfações, além de aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores.

Observou-se no presente estudo que o planejamento e programação das ações, foram incorporadas pela maioria das equipes da ESF avaliadas, uma vez que 73,3% dos profissionais de saúde entrevistados, relataram que realizavam o planejamento e programação das ações, Entretanto, 8,3% disseram não realizar, 27,6% afirmam que não se aplica a realidade da equipe.

Ressalta-se que o planejamento das práticas dos serviços de saúde converge para a resolutividade, trazendo respostas concretas e efetivas para as necessidades da população, não apenas elaborando atividades que respondam a um figurino preestabelecido ou apenas como cumprimento de metas. Chama-se atenção, tendo em vista que a maioria dos entrevistados, 69% afirmaram que a periodicidade para realização do planejamento e programação das ações, não se aplica a realidade da equipe, bem como, quando questionados sobre a existência de comprovação, responderam não se aplicar a realidade da equipe.

No tocante a organização e gestão dos prontuários, a referida pesquisa revelou que apenas 75,1% afirmaram das equipes entrevistadas utilizar como ferramenta de trabalho. Tal situação implica em fragilidades no processo de operacionalização das ações de saúde, pois

minimiza condições do usuário, tanto do ponto de vista clínico como social (família), econômico, dentre outros, essencial para a coordenação das ações de saúde, por parte da equipe da ESF.

Quanto a organização da agenda, de modo geral, observou-se no presente estudo, que 65,2% das equipes da ESF, organizam a agenda para ações referentes à Visita Domiciliar; seguido de 10,8% para grupos de educação em saúde; e 21,7% para as Atividades comunitárias (21,7%). Além disso, quando questionados sobre o apoio Institucional, 87,6% dos entrevistados afirmaram ter recebido. Embora represente um número expressivo, observou-se que 9,8% dos entrevistados, não recebeu o referido apoio.

Além disso, observou-se que o Prontuário Eletrônico não é realidade em quase totalidade da amostra do estudo, o que indica que as UBSF ainda enfrentam dificuldades para incluir a Tecnologia da informação no seu cotidiano de trabalho.

Percebe-se a partir dos resultados do estudo, que apesar de todo o investimento no setor saúde e das melhorias alcançadas, ainda há desafios a serem enfrentados para fortalecimento da ESF, como, por exemplo, investimento na infraestrutura dos serviços, equipamentos e tecnologias; apoio institucional; remuneração adequada. Além disso, destaca-se a importância da capacitação e comprometimento da gestão nos processos de Educação Permanente em Saúde.

Como limitações do estudo, destaca-se que os dados disponíveis no banco do PMAQ-AB, necessitou de uma atenção maior para seu tratamento e interpretação, tendo em vista inconsistência de forma pontual, dos resultados, em alguns eixos de discussão. No entanto após tratamento e elaboração de gráficos e tabelas foi possível realizar as reflexões.

Frente ao exposto, o estudo permitiu a elaboração de propostas relevantes para a Gestão e organização do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família, a saber:

- ✓ Sensibilizar a equipe gestora para a ampliação do atendimento no apoio institucional, disponibilizando um acompanhamento permanente;
- ✓ realizar reuniões com a gestão e profissionais da ESF para definição da programação e planejamento das ações;
- ✓ fortalecer o processo de trabalho das equipes a partir da EPS, superando a desmotivação frente algo novo e inovador, mas, que vem a trazer maior mensuração e monitoramento dos indicadores de saúde, por exemplo;
- ✓ Integrar ensino-serviço, na perspectiva de ampliação do conhecimento no campo da ESF;

- ✓ Garantir aos profissionais de saúde, estrutura física adequada, além de recursos materiais e organizacionais relevantes para o desenvolvimento das atividades.

Considera-se de grande relevância a realização da pesquisa por parte do PMAQ-AB no âmbito da Atenção Básica, contudo, novos esforços são necessários para melhorar a qualidade do serviço da ESF, a partir da responsabilidade de todos envolvidos no processo de trabalho, gestor, usuário, trabalhador e escolas formadoras. Além disso, destaca-se a importância da realização de novos estudos, para que seja possível avaliar com maior fidedignidade o resultado das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF no âmbito da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ALMA-ATA 2001. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978), p. 15-17. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Promoção da Saúde. Brasília: 1978.
- ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação da gestão na Atenção Básica nas dimensões da integralidade, **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 816-830 jul./set, 2012.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006, **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 1727-42, 2008.
- ANDRADE, A. C. V. et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégias Saúde da Família, **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 439-449, 2013.
- ANDRADE, R.T.S.; SANTOS, A.M.; OLIVEIRA, M.C. programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica no município de Amargosa, Bahia, **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 123-146 jan./mar. 2016
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1499-509, 2016.
- ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p. 455-64, 2007
- ATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das Equipes de Saúde da Família de Londrina, **Revista Espaço para a Saúde**, v. 6, n. 2, p. 13-22, 2005.
- BESEN, C.B. et al. Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde, **Saúde Soc.**, v.16, n. 1, p.57-68, 2007.
- BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, 2013.
- BRANDÃO, I. C. A. et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 347-352, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2.a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 22 de outubro de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; II (28). Brasília: Ministério da Saúde. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.654, de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, Nº 138, 20 de julho de 2011e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Oficinas Regionais: Desafios para a qualidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e institucional em saúde. Entrevista: Gastão Wagner de Sousa Campos. Entrevistador: Liane Beatriz Righi, **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145- 1150, dez. 2014.

CÂNEO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação, **Health Inform.**, v. 6, n. 2, p. 67-71, 2014.

CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal, **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 53-61, 2012.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; 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, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19,n. 11, p. 4417-4426, 2014.

- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades e saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- CERVINSKI, L. F. et al. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. perspectiva, **Erechim.**, v. 36, n. 136, p.111-122, 2012.
- COHN, A. (org.). Saúde da Família e SUS: convergência e dissonâncias. **Beco do Azogue Editorial**, São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67-92.
- COLUSSI, C. F; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1731-1745, 2011.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil, **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 1, 2008.
- COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-6, 2013.
- CRUZ, M. M. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica, **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 124-139, 2014.
- DANIEL, E. Mais Médicos no Paraná - acolhimento e o processo de trabalho na atenção básica, **Revista Médica da UFPR**, v. 4, n. 1, p. 5, 2017.
- DUTRA, D. M. P.; et al. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC): a experiência de implantação como orientação aos gestores e técnicos do processo de implantação do e-SUS/PEC- Atenção Básica. ISSN: 2526-2467.
- FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB, **Saúde Debate**, v. 38, n. Esp, p.13-33, 2014.
- FARIAS, D. N. **A interdisciplinaridade na prática profissional na Estratégia da Saúde da Família**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.
- FERREIRA, V. L. As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.
- FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF, **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FREITAS P. S. et al. Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de saúde, **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1926-35, 2017.
- FIGUEIREDO, D. C. M.M. **Atenção Básica: análise da utilização pelos usuários do sistema único de saúde no Brasil**. Dissertação. Universidade de Brasília, 2016.
- FONTANA, K. C.; DE LACERDA, J.T.; MACHADO, P. M. D. E. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.
- FRANCO, T. B. et al. A produção subjetiva da estratégia saúde da família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. F.(orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil), **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.
- GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa, **Rev Panam Salud Publica** [online], v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.
- GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação, **Ciênc Saúde Coletiva**, supl. 1, p. 1221-32, 2011.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p.2697-2708, 2016.
- GOMES, E.L.R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida, M.C.P., Rocha, S.M.N., organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-50.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013.

GONÇALVES, J.M.S. As promessas das TICs para a gestão do SUS: uma reflexão sociotécnica sobre a implantação de um software para a Estratégia de Saúde da Família – Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2016.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

JENAL, S., ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente, **J. Health Inform.**, n. 4spe, p. 216-9, 2016.

JUNIOR, A. P., ERMETICE, E. Indicadores de uso do prontuário eletrônico do paciente, **J. Health Inform**, v. 3, n. 1, p. 9-12, 2011.

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e transversalidades, **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, 2009, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

JUNGES, J. R; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde, **Interface**, v. 19, n.53, p.265-74, 2015.

KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas da gestão, **Texto Contexto Enferm.**, p. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.

KAWATA, L. S.; et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 961-70, 2013.

KLITZKE, D. D. **Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível?**. Brasília, 2013.

KRIST, A. H. et al. Electronic health record functionality needed to better support primary care, **J Am Med Inform Assoc.**, Philadelphia, PA, v. 21, n. 5, p. 764-71, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil, **Saude Soc**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

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

LENZI T. L. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil, **Health Sci Inst.**, v. 28, n. 2, p. 121-4, 2010.

LEITE, J. R. **Práticas arquivísticas como estratégias de organização de prontuários médicos**: um estudo na Unidade de Saúde da Família Água Fria da cidade de João Pessoa-PB. / Josealdo Rodrigues Leite. – João Pessoa: UFPB, 2013. 26 f. : il.

LIMA E. F. A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família, **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. e9405, 2016.

LOPES E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil, **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 118-24, 2011.

MACHADO, C.V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil, **Rev Saúde Pública**, v. 48, p.642-50, 2014.

MAGNAGOL, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ), **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MARX, K. **O Capital**. 14^a. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MATTA, G.C.A; MAROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde In.: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (ORG) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. Ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro : EPSJV, 2008.

MATUDA, C.G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MARQUI, A. B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho, **Rev Esc Enferm USP**, v. 44,n.4, p.956-61, 2010

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out./dez. 2015.

MELO, L. M. L. L. A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal, **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

MELO, L. M. F. et al. Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 685-708, set./dez. 2017.

MENDES, E.V. A. Atenção Primária em Saúde no Brasil. In: MENDES, E.V. **O cuidado das**

condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 71-137, 2012.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189 p.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. 3.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. In: **Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2007. Resende. Rio de Janeiro. [Internet].

NASCIMENTO, F. G. et al. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES), **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2465-2472, 2010.

NETO, J. L. F.; et al. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA L. P. B. A. et al. Satisfação da população idosa atendida na estratégia de saúde da família de santa cruz, rio grande do norte, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 871-4, 2014.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde:** os desafios da avaliação em saúde. São Luís: 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção a saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?, **Saúde Debate**, v. 36, n. 94, p.343-347, 2012.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia, **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em 26 jun. 2017.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.35, n.3, pp.303-311. ISSN 1518-8787.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. Introdução. In: _____(Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, LAPPIS; 2011. p. 19-33.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação, **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., 2012.

PINTO H. A.; FERLA, A. A. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do sistema único de saúde, **Saúde em redes,** v. 1, n.1, p. 81-94, 2015.

PEREIRA et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas Unidades Básicas De Saúde, **Cadernos de Saúde Pública,** v. 24, Supl. 1, p. S123-S133, 2008.

RADIGONDA,B.; CONCHON, M.F.; CARVALHO, W.O.; NUNES, E.F.P.A. Sistema de Informação da Atenção Básica, **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 950-8, 2015.

RAMOS, V. A Consulta em 7 Passos. **Lisboa:** VFBM Comunicação Ltda., 2008. p. 126.

RASIA, I. C. R. B.; ROSA, A. C.; REDISS, A. N. A utilização dos sistemas de informação em uma instituição de saúde de pelotas/rs, **Rev.Saúde.Col.,** v. 8, n. 2, p. 32-42, 2012.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes, **Ciência & Saúde Colet.,** v. 15, n. 1, p. 269-76, 2010.

REIS, A. P.; ALMEIDA, M. F. A.; ANDRADE, I. M.; DALTRO, E. F. M. de A. Apoio institucional para gerenciamento da atenção básica: um relato de experiência. **Rev. Baiana de Saúde Pública,** v. 40, n. 2, p. 532-542, abr./jun. 2016.

RIZZOTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná, **Saúde Debate,** Rio De Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251, 2014.

RODRIGUES, F. J.; XAVIER, J. C. B.; ADRIANO, A. L. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes, **Rev Adm Contemp.,** v. 5, n. 1, p. 105-20, 2013.

SANTANAL, F. R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade, **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 15, n. 2, p. 422-9, 2013.

SANTOS, A. F et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde, **Rev Saúde Pública**, p.49:54, 2015.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família, **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SENNA, M.H.; ANDRADE, S.R. e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa, **Espaço Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

SENNA, M. H.; ANDRADE, S. R. de. Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 950-8, out./dez. 2015.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil), **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

SILVA, P. S. et al. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde, **Rev. Saúde.Col.**, v. 12, n. 1, p. 470-476, 2016.

SILVA L. A. A. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, 2016.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores, **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017.

SILVA, I. C. B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 149-160, jan-mar, 2017.

SOUZA, E. C. F. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde, **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. supl. 1, p. 100-10, 2008.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde, **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

THAINES G.H.L.S; BELLATO R.; FARIA A.P.S.; ARAÚJO L.F.S. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar, **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 466-74, Jul-Set, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda, Flávio Ricardo Liberali Magajewski, Neila Maria Viçosa Machado. Florianópolis: UFSC, 2010.

VALE, R. R. M. **Estratégia e-SUS Atenção Básica**: Uso pelas equipes de Consultório na Rua [manuscrito] . 2017. 132 f.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health, **Am J Publ Health** [Internet], v. 94, n. 3, p. 360, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Os conceitos e os tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. cap. 3.

ZACCARA, A. A. L. et al. International Archives of Medicine Section: Medical Humanities, **Scientific Production of Patient's Electronic Health Record in Online Journals from Brazilian Scenario REVIEW**, v. 10, n. 31.

APÊNDICE**APÊNDICE A - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS****Qual cargo profissional ocupa?**

- Médico
- Enfermeiro
- Outros Profissionais De Nível Superior
- Não Se Aplica

Qual a forma de ingresso?

- Concurso Público
- Indicação
- Seleção Pública
- Outra Forma Não Sabe/Não
- Não Se Aplica
- Não Sabe/Não Respondeu

Qual o tempo de atuação dos profissional?

- 0 a 4 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Maior 10 anos
- Não se aplica

A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica

Existe documento que comprove?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica

A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?

- Semanal
- Bimestral
- Trimestral
- Semestral
- Anual
- A Equipe Nao Realiza Planejamento
- Não Se Aplica

Existe documento que comprove?

- Semanal
- Bimestral
- Trimestral

- Semestral
- Anual
- A Equipe Nao Realiza Planejamento
- Não Se Aplica

Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica

Qual o tipo de prontuário?

- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB
- Prontuário eletrônico próprio
- Não Se Aplica

Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica

A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações?

- Visita Domiciliar
- Grupos De Educação Em Saúde
- Atividades Comunitárias
- Não Se Aplica

Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?

- SIAB
- e.SUS/SISAB
- Não Se Aplica
- Nao Sabe/Nao Respondeu

A equipe teve capacitação para utilização do sistema?

- Sim
- Não Se Aplica

Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica
- Não Sabe/Não Respondeu

Esse apoio foi por indução do PMAQ?

- Sim
- Não
- Não Se Aplica
- Não Sabe/Não Respondeu