



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

LINDEMBERG JOSÉ MAIA

**Análise dos Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na
Estratégia Saúde da Família - ESF do município do Limoeiro do Norte – CE,
em 2015 e 2016**

LIMOEIRO DO NORTE-CE

2016



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

LINDEMBERG JOSÉ MAIA

**Análise dos Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na
Estratégia Saúde da Família - ESF do município do Limoeiro do Norte – CE,
em 2015 e 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Administração Pública como requisito
parcial para obtenção do título de
Bacharel em Administração Pública.

**Orientadores: Profa. Maria Denise Nunes Rodrigues,
Prof. Milton Jarbas Rodrigues Chaves.**

**Co-orientadores: Prof. Howard Lopes Ribeiro Júnior,
Profa. Ângela Aparecida Patrício Bandeira.**

LIMOEIRO DO NORTE - CE

2016

**Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catalogação na fonte**

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

M187g Maia, Lindemberg José.

Análise dos Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na Estratégia Saúde da Família - ESF do município do Limoeiro do Norte – CE, em 2015 e 2016. / Lindemberg José Maia. – Limoeiro do Norte, 2016.

27 f.; 30 cm.

Projeto de pesquisa apresentada ao Curso de Administração Pública da Diretoria de Educação Aberta e a Distância – DEAAD da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profª. Maria Denise Nunes Rodrigues.

Inclui figuras, quadros, tabelas e referências.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 353.53310981

Dedico este trabalho a Deus e a todos os meus familiares, amigos e colegas aula e de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a UNILAB pela oportunidade única da realização de um curso tão importante e a distância;

Aos tutores presenciais e a distância, professores e orientadores pela experiência acadêmica passada ao longo do curso;

A Secretaria Municipal de Saúde de Limoeiro do Norte pela acessibilidade e cooperação na realização deste trabalho;

Aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde do município pela contribuição e paciência.

MAIA. Lindemberg José. **Análise dos Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na Estratégia Saúde da Família - ESF do município do Limoeiro do Norte – CE**, 2015 e 2016. Monografia (Graduação) – Pólo de EaD de Limoeiro do Norte, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Limoeiro do Norte, 2017.

Resumo

A presente pesquisa se propõe a analisar rotinas, processos e/ou métodos que possa impactar na melhoria do atendimento à população, compreender a rotina de trabalho dos profissionais, diminuindo o tempo gasto com a burocracia e aumentando o tempo no atendimento em si. Melhorando a resolutividade do atendimento, tanto para o profissional quanto para o usuário do SUS impactando na melhoria da qualidade do atendimento para comunidade assistida. Conclui-se que, mediante a participação das equipes de PSF's e as estratégias de intervenção, foi possível otimizar grande partes da crescente demanda de atendimentos, dispendeu poucos recursos e de mais fácil resolução.

Palavras-chave: Analisar e compreender rotinas. Otimizar as demandas. Informatizar os processos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Estudo do problema: Aumento gradativo de demanda tarefas..... | 21 |
| Quadro 2: Tempo médio preconizado pelo MS para atendimento ao paciente | 25 |
| Quadro 3: Rotina manual (em papel) | 25 |
| Quadro 4: Rotina informatizada | 25 |
| Quadro 5: Resumo dos resultados de ganho de tempo com a intervenção | 26 |
| | |
| Figura 1: Adaptação do mapa de Limoeiro do Norte | 14 |
| Figura 2: Diagrama CAUSA e EFEITO | 21 |
| Figura 3: LEGENDA (Matriz Gut): | 22 |
| Figura 4: Equipes de Saúde da Família – Antes da Intervenção. | 24 |
| Figura 5: Equipes de Saúde da Família – Depois da Intervenção..... | 24 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 01. ESF no município de Limoeiro do Norte em 2015 | 8 |
| Tabela 2: Cronograma atividades realizadas às 5 equipes pesquisas | 17 |
| Tabela 3: Calendário mensal de pesquisa de campo realizado em 2016..... | 18 |
| Tabela 4. Problemas encontrados nas ESF do município em 2015 | 19 |
| Tabela 4. Resultado da pesquisa de satisfação pós intervenção..... | 26 |

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPD – Central de Processamento de Dados
CAF – Central de Assistência Farmacêutica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
ESF – Estratégia Saúde da Família
e-SUS - É uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do SUS
GUT – Gravidade, Urgência e Tendência
HIPERDIA - Sistema de Cadastro e Acompanhamento Hipertensos e Diabéticos
MS – Ministério da Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PNAB – Política Nacional Atenção Básica
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básicas
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIPABW – Sistema de Informação para a Atenção Básica for Windows
SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISPRENATAL – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Gestante
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
WEB – *Web* é uma palavra inglesa que significa teia ou rede;

SUMÁRIO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 05 |
| 2 | OBJETIVOS | 06 |
| | 2 . 1 Objetivo geral..... | 06 |
| | 2 . 2 Objetivos específicos..... | 06 |
| 3 | JUSTIFICATIVA..... | 06 |
| | 3.1 BREVE DIAGNOSTICO DA ORGANIZAÇÃO | 06 |
| 4 | REFERÊNCIAL TEÓRICO..... | 10 |
| 5 | METODOLOGIA | 14 |
| | 5.1 Área de estudo | 14 |
| | 5.2 Instrumentos de pesquisa | 15 |
| 6 | COLETA E ANÁLISE DOS SADOS | 15 |
| | 6.1 Coleta dos Dados | 15 |
| | <u>6.1.1 - Resumo da Reunião....</u> | 16 |
| | <u>6.1.2 - Atividades Realizadas....</u> | 17 |
| | <u>6.1.3 – Calendário da Pesquisa de Campo....</u> | 18 |
| | 6.2 Análise dos Dados | 19 |
| | <u>6.2.1 - Levantamento dos Principais Problemas da Instituição....</u> | 19 |
| | 6.2.1.1 PROBLEMA SELECIONADO | 19 |
| | <u>6.2.2 - Observação Do Problema</u> | 20 |
| | <u>6.2.3 - Análise Do Problema</u> | 20 |
| | 6.2.3.1 Diagrama CAUSA e EFEITO | 20 |
| | 6.2.3.1 Matriz Gut | 21 |
| 7 | RESULTADOS E INTERVENÇÕES | 22 |
| | 7.1 Resultados | 22 |
| | 7.2 Intervenções | 22 |
| | 7.2.1 Tempo Médio Efetivamente Gasto no Atendimento | 25 |
| | 7.2.1.1 Situação Antes da Intervenção | 25 |
| | 7.2.1.2 Situação Depois da Intervenção | 25 |
| | 7.2.2 Pesquisa de Satisfação Depois da Intervenção | 26 |
| 8 | CONCLUSÃO | 27 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS | 28 |

1. INTRODUÇÃO

Mediante as ações sistemáticas e repetitivas no atendimento aos usuários do SUS pela equipe de saúde, observou-se a necessidade de diminuir a redundância das rotinas de trabalhos a fim de aperfeiçoar os processos de atendimentos evitando-se o retrabalho e os gargalhos provocando pelo aumento de demandas.

Esse trabalho apresenta um breve diagnóstico de cinco (5) unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de Limoeiro do Norte – CE, com a intenção de observar os processos de trabalhos dos seus funcionários com relação às rotinas de atendimento aos Usuários do SUS.

Surgiu a partir da necessidade de saber o porque e para que existe a instituição publica pesquisada; de saber quais os seus problemas e desafios que enfrenta; além de analisar a forma de atendimentos dos profissionais de saúde para com os usuários do SUS, como o objetivo compreender a rotina de trabalho dos profissionais e uma forma de Intervir, para otimizá-la.

Espera-se que essa pesquisa possa servir de subsídio para sociedade fazer uma avaliação dessa instituição pública, bem como auxiliar outros trabalhos acadêmicos, no tocante a necessidade de informatização dos processos de trabalhos, reduzindo drasticamente o retrabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na Estratégia Saúde da Família do município de Limoeiro do Norte em 2015

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a forma de Atendimento aos Usuários do SUS;
- Compreender a rotina de trabalho dos profissionais;
- Melhorar tais rotinas através da informatização, evitando o retrabalho no processo de atendimento.

3. JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se propõe a analisar rotinas, processos e/ou métodos que possa impactar na melhoria do atendimento a população, humanizando-o, diminuindo o tempo gasto com a burocracia (preenchimento de diversas fichas) e aumentando esse mesmo tempo em detrimento ao que é mais importante no atendimento em si (diálogo profissional / paciente), para a resolução do problema de saúde existente.

Encontrar gargalos, se existir, e aperfeiçoar-los se possível melhorando a resolutividade do atendimento, tanto para o profissional quanto para o usuário do SUS impactando na melhoria da qualidade do atendimento para comunidade assistida, uma vez que perde-se menos tempo (contando-se do início ao fim do mesmo), e ganha-se mais atenção do profissional com a dinâmica do atendimento otimizada e uma melhor fluidez da filha, naturalmente.

3.1 BREVE DIAGNOSTICO DA ORGANIZAÇÃO

Conforme PMS (2010) a Secretaria de Saúde do município de Limoeiro do Norte adotou um modelo de saúde priorizando a prevenção e voltado para a

Vigilância a Saúde. O propósito é consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como forma de organização da Atenção Primária, e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Limoeiro do Norte foi criada pela Lei Municipal n.º 684 de 22 de maio de 1989. Em fevereiro de 2005, através da Lei n.º 1.187 foi reformada a estrutura organizacional da Prefeitura, incluindo a Secretaria da Saúde. Este órgão público do poder executivo municipal e pertencente a administração direta da saúde está situado na Rua Camilo Brasiliense, s/n no centro da cidade. A mesma não tem sede própria e funciona como anexo do prédio da Prefeitura acarretando difícil visibilidade e acesso ao usuários com dificuldade de locomoção.

Pela Estratégia da Saúde da Família o município é dividido em áreas adscritas, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, a qual deve garantir a descentralização dos serviços de saúde e continuidade da garantia do acesso através da integração com o setor secundário.

Segundo informações da SMS existem no município 18 equipes funcionando sendo que 17 são de ESF completa e 01 EACS, além de 123 Agentes Comunitários de Saúde. Tem como enorme entrave para o aumento desta cobertura a dificuldade de subfinanciamento da saúde e de contratação do profissional médico, problema esse comum a todos os municípios do Estado do Ceará.

Vale ressaltar que o município pode ter até 23 equipes de saúde da família com garantia de repasse de incentivo financeiro do Ministério da Saúde e até 139 Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo a Portaria 648/06 do Ministério da Saúde uma equipe de Saúde da Família pode ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, gerando maior qualidade nos atendimentos prestados. Conforme dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (6) de 2015 existem cerca de 53.462 pessoas cadastradas para atendimento nas Equipes de Saúde da Família no município de Limoeiro do Norte. Na tabela 01 informa onde estão localizadas as equipes de PSF e a quantidade de usuarios por comunidade

Tabela 1. Equipes de Saúde da Família no município de Limoeiro do Norte em 2015

| Equipes do PSF | Famílias | População |
|-----------------------|-----------------|------------------|
| Centro | 839 | 2596 |
| Cidade Alta | 1101 | 3568 |
| Pequeno Atirador | 1496 | 4905 |
| Santa Luzia | 954 | 2956 |
| Luis Alves de Freitas | 1172 | 3649 |
| Boa Fé | 662 | 2132 |
| Bom Nome | 1073 | 3444 |
| Varzea do Cobra | 903 | 2770 |
| Arraial | 903 | 2869 |
| Espinho | 890 | 2903 |
| Corrego de Areia | 975 | 3086 |
| Setores | 801 | 2631 |
| Bixopá | 569 | 2021 |
| Serra | 646 | 2152 |
| Cabeça Preta | 697 | 2335 |
| EACS Centro 1 | 1300 | 4016 |
| EACS Centro 2 | 872 | 2614 |
| EACS Cidade Alta | 914 | 2815 |
| TOTAL | 16767 | 53462 |

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) 2015

De acordo com os dados do DataSUS/MS o nível de atenção a Secretaria encontra-se enquadrada em ambulatorial com atividade em atenção básica e ambulatorial com atividade em média complexidade prestando atendimento de regulação e vigilância em saúde conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A secretaria tem como missão assegurar a formulação e gestão das políticas públicas em saúde e garantir o funcionamento do sistema, com a prestação

da assistência à saúde individual e coletiva, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população do município.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde elaborado para o período 2010 a 2013 a instituição almeja ampliar e otimizar os serviços oferecidos, através de um atendimento humanizado, que priorize a qualidade, com a valorização dos recursos humanos e adequação de toda a estrutura física, contando com o desenvolvimento de uma Política de Saúde inserida no SUS, que possibilite um atendimento integral ao usuário.

Os objetivos proposto relacionados a gestão de saúde no PMS (2010) foram as seguintes:

“Fortalecer a capacidade da gestão pública no âmbito da saúde, de forma a potencializar o conjunto de recursos disponíveis na prestação de serviços, otimizando e ampliando a estrutura física e tecnológica para a qualificação da atenção;

Promover o conhecimento sobre o SUS, sua organização, responsabilidade de gestão, direitos e deveres dos usuários;
Fortalecer a gestão democrática do SUS atuando de forma integrada e participativa com órgãos afins e organismos de controle social;

Ampliar a participação e a capacitação de conselheiros municipais de saúde implementando mecanismos de acesso a população na condução e avaliação do sistema.”

As principais dificuldades apontadas pela a atual gestão:

O primeiro ponto é o sub-financiamento da saúde, ponto que remete a várias dificuldades (poucos recursos) já o segundo ponto é exatamente a gestão.

A precarização dos equipamentos nos PSF nos municípios do interior, a afeição dos médicos para aplicação da medicina no uso curativo e não preventivo, a falta de acessibilidade ao usuário e o cumprimento da Lei de licitação.

Quanto aos principais desafios a burocracia para o pleno cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, organização dos serviços da pasta e a realização de compras de medicamentos utilizando a lei de licitação.

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu o direito de todo cidadão acesso à saúde de qualidade no seu artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196), coube ao Estado o dever que esse direito seja usufruído por toda a população.

Para cumprimento do artigo acima, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) gratuito e igualitário a todos, estabelecendo as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços públicos de saúde correspondentes (Leis nº 8.080/90). Já a Lei nº 8.142/90 reza sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ambas as Leis regulamenta o SUS norteando seus princípios e diretrizes.

Doutrinas norteadora do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade implica o direito ao atendimento; a equidade diz que todo cidadão é igual perante o SUS; a integralidade implica que todas as ações (promoção, proteção e recuperação da saúde) são indivisível (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Com a implantação do SUS, a saúde no Brasil vem atribuindo novas responsabilidades e competências a cada nível hierárquico de governo (Federal, Estadual e Municipal), principalmente esse último que tornaram-se responsáveis pela gestão da saúde do sistema regional (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

Esse novo modelo assistencial - descentralizada e municipal - perante a lógica da integralidade, regionalização e hierarquização, propôs uma nova forma de organizar os serviços de saúde, definindo como porta de entrada ao SUS à Atenção Básica (VIANA; DAL POZ, 1998).

Através do princípio da descentralização, todos os entes governamentais são responsáveis de prover mecanismos que garantem à população o acesso aos serviços de saúde. Essa evolução das políticas públicas de saúde foi graças a implementação do sistema. Trata-se, portanto de uma estrutura organizacional, instituída na área da saúde, com a finalidade de atender à demanda da clientela, a partir de uma mudança nas formas de direcionar e conceber a assistência à saúde no país (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Ainda segundo Oliveira *et al* (2008), o SUS tem como objetivos finais:

Prestar assistência à população a partir do modelo de promoção da saúde, que implica ações buscando eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, determinando ou condicionando o aparecimento de doenças; proteger a saúde da população, que consiste em ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças e agravos à saúde, ou seja, manter o seu estado de saúde; e desenvolver ações de recuperação da saúde de forma a evitar mortes e sequelas em pessoas já acometidas por processos mórbidos (OLIVEIRA *et al*, 2008, p. 198).

O SUS tem como propósito “tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão” (BRASIL, 2013b).

Através de ações e programas o Ministério da Saúde alcançou avanços significativos revolucionando as práticas de saúde existentes, criando em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) tendo como principal propósito o de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que se configurava” (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010, p.1).

Segundo Rosa e Labate (2005) a busca por novos modelos de assistência é decorrente de um momento histórico/social em que antigo o modelo tecnicista/ hospitalocêntrico não atende mais às mudanças do mundo atualmente e, por consequência, às necessidades de saúde da população. A chamada “Atenção Básica à Saúde” contextualizada como descentralização e com controle social da gestão dos programas de saúde do SUS, deu origem ao PSF com finalidade de

incorporar um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais de até então.

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) 1994, em suas fundações na criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do sistema de saúde pública vigente no Brasil. O PACS originalmente possuía o intuito de reduzir os índices de mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste do país, através da expansão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais carentes. (VIANA; DAL PÓZ, 1998).

Com o sucesso na implementação do PACS no Ceará fez com que o Ministério da Saúde (MS) percebesse a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começasse a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de área por cobertura familiar (BRASIL, 1997).

A partir de 1994, o PSF se expandiu pelo resto do país tornando-se uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), através da ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde.

Não obstante o PSF seja classificado como um programa, por suas características, foge a concepção usual dos demais programas criados pelo governo, por não se trata de uma intervenção vertical e paralela as atividades de saúde. Tal programa “caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997).

O PSF em 2006 deixou de ser considerado programa e passou a ser uma estratégia na atenção básica em saúde, em razão de não possuir tempo determinado e a estratégia ser permanente e contínua. Sendo assim, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

De acordo com Camelo e Angerami (2008, p.45), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está inserida em “um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS”. Tem como principal finalidade a geração e análise de dados que possam produzir informações sobre a necessidade de saúde (prevenindo o aparecimento ou a persistência de doenças e

danos evitáveis), organizando o processo de equipe e intervindo nas necessidades de saúde das famílias.

Para o Ministério da Saúde, a “Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” (BRASIL, 2015a). Essas equipes, promovem o acesso aos serviços de saúde a todos os segmentos da sociedade, sejam nas unidades básicas de saúde, nas residências ou até mesmo na mobilização da comunidade.

Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adstrita na área de abrangência, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. A fim de garantir a vinculação com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1997).

Apesar das equipes atuarem mais abundantemente na Unidade Básica de Saúde (UBS), no entanto suas atividades se expandem para o trabalho em campo que configura as visitas domiciliares, com a finalidade de acompanhar a situação das famílias cobertas pelo sistema. Nesse sentido, o Ministério da Saúde preconiza que as unidades de Saúde da Família sejam implantadas em conformidade com as diretrizes que orientam o programa, de tal modo que se adeque às realidades regionais, municipais e locais em que estão inseridas.

Camelo e Angerami (2008) mencionam que é fundamental destacar a importância da formação de Recursos Humanos voltadas às necessidades dos profissionais, por se tratar de um novo modelo de assistência que prioriza o trabalho em equipe, e concluem:

Este modelo de atenção à saúde, conforme proposto, leva-nos a pensar que, como se trata de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) cujo objetivo é reordenar a assistência através de um trabalho essencialmente em equipe, no qual são delegadas aos profissionais inúmeras atribuições com alto grau de exigências e responsabilidades, os membros dessas equipes necessitam de conhecimentos e habilidades específicas para assistir a comunidade extramuros, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico (CAMELO; ANGERAMI, 2008, p. 46).

As ações desenvolvidas pela equipe de saúde envolvem conhecimentos e habilidades específicas, o que demanda adequada preparação dos profissionais envolvidos na realização das atividades.

5. METODOLOGIA

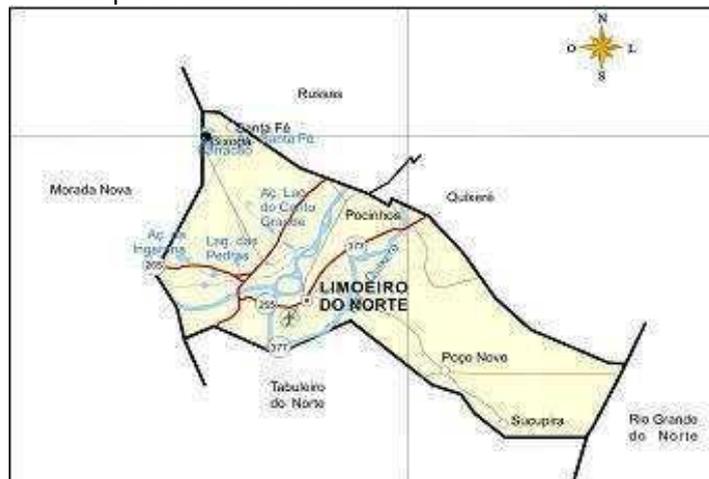
5.1 Área de estudo

A pesquisa foi feita no âmbito de cinco Unidades Básicas de Saúde - UBS, da Secretaria Municipal de Limoeiro do Norte, unidades essa localizadas na zona urbana. Este município pertence ao Território Vale do Jaguaribe situando-se a leste do Estado do Ceará, a cerca de 203 km da capital do Ceará, mais precisamente localizado na Microrregião do Baixo Jaguaribe.

De acordo com o IBGE (2010) Limoeiro do Norte destaca-se por ser a terceira cidade mais populosa do Vale do Jaguaribe com uma população de 56.281 habitantes, e uma extensão territorial de 752 km², resultando em uma densidade demográfica de 74,84 habitantes/Km². O clima da região é o tropical semiárido, com temperatura variando de 27° a 33°C.

Hoje o município de Limoeiro do Norte limita-se ao norte com Quixeré e Russas; ao sul, com Tabuleiro do Norte; a leste, com o Rio Grande do Norte e Quixeré; e a oeste com Morada Nova e São João do Jaguaribe como mostra a Figura 01.

Figura 01 - Adaptação do mapa de Limoeiro do Norte



Fonte: IPECE 2002.

Suas principais vias de acessos à capital são a BR-116, CE-138, CE-265. Com relação aos distritos, basicamente, a interligação é feita por estradas vicinais. O município está inserido nas bacias hidrográficas do Banabuiú e do Baixo Jaguaribe.

5.2 Instrumentos de pesquisa

A metodologia aqui empreendida para atingir os objetivos foi a pesquisa bibliográfica sobre as especificidades das Equipes de Saúde da Família comprando-as com as encontradas na pesquisa. Também utilizou-se de visitas a distintas equipes afim de verificar semelhanças e/ou diferenças operacionais, tanto nos processos de trabalho como nas rotinas de atendimento. Ao longo do texto faz-se uma abordagem quantitativa e qualitativamente das informações, muitas delas oriundas da pura observação e depoimentos dos usuários e profissionais.

Inicialmente a revisão bibliográfica contemplou o acesso a Política Nacional Atenção Básica - PNAB do Ministério da Saúde - MS e as informações contidas em documentos disponíveis na internet em sites governamentais ligados a saúde pública.

Em seguida foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva através de observação dos processos de trabalhos dos envolvidos. Esse método implica em um conjunto de técnicas que possibilitam coletar e analisar informações sobre a realidade social que está sendo estudada.

Com o intuito de facilitar a exposição da pesquisa realizada, esse trabalho contém a introdução, que trata respectivamente da apresentação, razão, propósitos do tema; a descrição do passo-a-passo da pesquisa (problema de pesquisa, como ela foi realizada) e por fim os resultados apresentados e a conclusão dos pesquisadores.

6. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Coleta dos Dados

Foi feita inicialmente uma consulta as fichas utilizadas para atendimentos diários dos usuários do sistema afim de perceber as particularidades de cada

programa de saúde assistido, com o intuito de investigar quais dessas diversas fichas possam ser mescladas em uma única ficha.

Na coleta de dados utilizou-se a “Observação Participante” uma vez que existiu uma grande interação entre o pesquisador e o pesquisado, focalizando mais os aspectos qualitativos do que quantitativos.

Foi utilizado, desenvolvimento da pesquisa, como instrumento de coleta de dados questionários estruturados, os quais foram aplicados aos profissionais participantes dos atendimentos.

Com os dados obtidos com os questionários, foi feita a Análise Descritiva dos Dados, tendo como finalidade principal resumir os dados e informações, apresentando-as de maneira a facilitar as principais características do objeto de estudo.

Para analisar os dados usou-se pela elaboração de **Matriz Gut e Diagrama CAUSA e EFEITO** e de acordo com suas características, agrupando-as.

6.1.1 - RESUMO DA REUNIÃO

Com o objetivo de analisar os processos de trabalho da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família – ESF do município de Limoeiro do Norte em 2015, está sendo realizado visitas e muitas observações na metodologia de atendimento das demandas.

Ficou decidido que será desenvolvido e utilizado processos de informatização do atendimento a partir de 2016, desde: o cadastro e emissão de ficha do atendimento, até retroalimentação das informações vitais do atendimento realizado pelo profissional.

A principal motivação é encontrar formas de otimizar as atividades diárias dos profissionais melhorando conseqüentemente a qualidade do atendimento dispensado à população.

O local de estudo foi o setor de recepção das cinco unidades de saúde em questão, bem como a observação do atendimento ao usuário do SUS pelo profissional e a burocracia documental (preenchimento de fichas de atendimentos), além dos processos de condução dos trabalhos, desde a chegada do cidadão até sua partida.

6.1.2 - ATIVIDADES REALIZADAS

Tabela 2: Cronograma / Agenda de atividades realizadas (visitas, entrevistas e/ou observações) às 5 equipes pesquisas:

| CRONOGRAMA / AGENDA | | | |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| | Visitas | Entrevistas | Observações |
| ESF Bom Nome | 17/02/2016 | 18/02/2016 | 19/02/2016 |
| ESF Centro II | 24/02/2016 | 25/02/2016 | 26/02/2016 |
| PSF Centro | 09/03/2016 | 10/03/2016 | 11/03/2016 |
| ESF Populares | 16/03/2016 | 17/03/2016 | 18/03/2016 |
| ESF Boa Fé | 23/03/2016 | 24/03/2016 | 25/03/2016 |
| ELABORAÇÃO ACADEMICA | | | |
| Coleta de Dados e análise | De 17/02/2016 à 25/03/2016 | | |
| Análise dos Resultados encontrados | De 04 à 15/04/2016 | | |

Fonte: Elaboração do Autor, 2016.

OBS: Visitas, entrevista e observações sempre no turno da tarde: de 13 às 17 horas. Somente nas quartas, quintas e sextas-feiras.

6.1.3 - CALENDÁRIO DA PESQUISA DE CAMPO

Tabela 3: Calendário mensal de pesquisa de campo realizado nas equipes de saúde em 2016.

| CRONOGRAMA / AGENDA | | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------|------------|------------|-----------------------|
| | | FEV | MAR | ABR | MAI |
| Visita Institucional | ESF Bom Nome | 17/02/2016 | | | |
| | ESF Centro II | 24/02/2016 | | | |
| | PSF Centro | | 09/03/2016 | | |
| | ESF Populares | | 16/03/2016 | | |
| | ESF Boa Fé | | 23/03/2016 | | |
| Entrevista Profissional | ESF Bom Nome | 18/02/2016 | | | |
| | ESF Centro II | 25/02/2016 | | | |
| | PSF Centro | | 10/03/2016 | | |
| | ESF Populares | | 17/03/2016 | | |
| | ESF Boa Fé | | 24/03/2016 | | |
| Observações Metodológica | ESF Bom Nome | 19/02/2016 | | | |
| | ESF Centro II | 26/02/2016 | | | |
| | PSF Centro | | | 11/03/2016 | |
| | ESF Populares | | | 18/03/2016 | |
| | ESF Boa Fé | | | 25/03/2016 | |
| Elaboração acadêmica | Coleta de Dados e análise | De 17/02/2016 à 25/03/2016 | | | |
| | Análise dos Resultados encontrados | | | | De 04 à 15/04/2016 |
| Apresentação Final do Banner | | | | | 21/05/2016 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.2 Análise dos Dados

6.2.1 - Levantamento dos Principais Problemas da Instituição.

Tabela 4. Problemas encontrados nas ESF do município de Limoeiro do Norte em 2015

| RELAÇÃO DE PROBLEMAS | SETOR (ES) ENVOLVIDO (S) |
|--|---|
| Material de expediente | SMS, Licitação, Compras e Pagamento |
| Insumos medico/hospitalar | SMS, Licitação, Compras e Pagamento |
| Transporte para visita domiciliar | Secretaria Transporte / Motoristas, locação |
| Transporte para os profissionais | Secretaria Transporte / Motoristas, locação |
| Medicação | CAF, SMS, Licitação, Compras e Pagamento |
| Aumento gradativo de demanda de novas tarefas. | MS, CPD, SMS |
| Recursos humanos ínfimos (mínimo) | Administração, SMS |
| Reformas longas | Secretaria de Obras, MS |
| Aluguel (atrasos) | Setor Financeiro e SMS |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6.2.1.1 - DEFINIÇÃO DA ESCOLHA DO PRINCIPAL PROBLEMA

Aumento gradativo de demanda novas de tarefas.

A escolha desse problema para possível intervenção deve-se ao fato de que, há princípio, não consumirá recursos financeiros e não envolverá uma diversidade de setores distintos, apenas SMS e CPD, uma vez que o MS é o mandatário desses programas, por imposição. Uma vez criado uma Lei pelo MS, resta aos gestores apenas cumpri-la, com penalidade de cortes de recursos.

6.2.2 - Observações relevante sobre problema escolhido

Deverá ser analisado todo os processos de trabalho da equipe multidisciplinar, com o intuito de encontrar formas de otimizar as atividades diárias dos profissionais melhorando conseqüentemente a qualidade do atendimento dispensado à população.

Pensa-se em utilizar processos de informatização do atendimento, desde: o cadastro, emissão de ficha do atendimento, retroalimentação das informações vitais (avaliação antropométrica, diagnósticos, procedimentos) do atendimento realizado pelo profissional, evitando retrabalho e gargalhos, se houver.

SERVIÇOS JÁ EXISTENTES:

Hipertenso, diabéticos, gestantes, saúde da mulher, saúde do adolescente, planejamento familiar, saúde da criança, imunização.

SERVIÇOS NOVOS (tornando-se gargalhos):

Saúde do idoso, Bolsa família, vigilância alimentar, programa saúde na escola, saúde do homem.

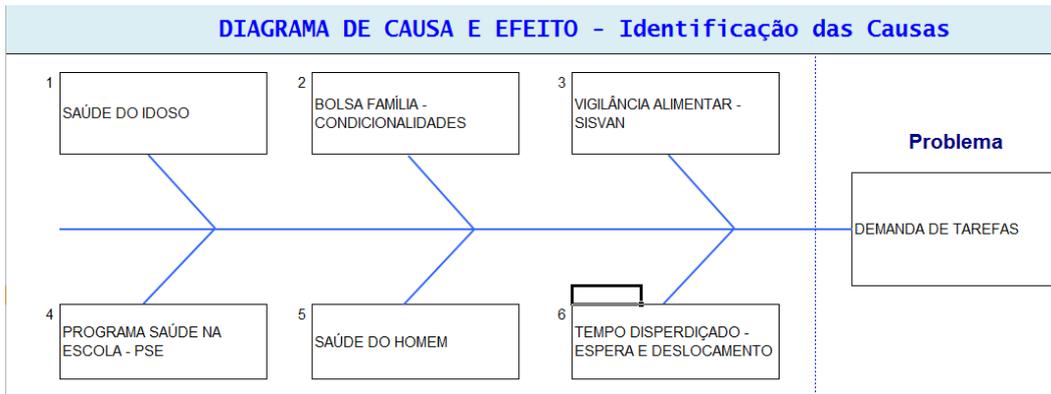
PROVIDÊNCIAS JÁ TOMADAS PARA SOLUÇÃO DO PROBLEMA

Já foram adquiridos computadores e impressoras para informatizar o processo de atendimento, mas a idealização do software ainda está em andamento para uma solução completa.

6.2.3 - Análise Do Problema

6.2.3.1 Diagrama CAUSA e EFEITO

Diagrama de causa e efeito, também chamado de espinha de peixe, é uma ferramenta bastante utilizada para a análise de dispersões de um processo.

Figura 2: Diagrama CAUSA e EFEITO

6.2.3.2 Matriz Gut

Ferramenta de auxílio na resolução de problemas ou na sua priorização. Mediante a classificação de cada problema do estudo em pela ótica da Gravidade, da Urgência e Tendência do referido problema, ou problemas.

Quadro 1: Estudo do problema: Aumento gradativo de demanda de novas tarefas.

PROBLEMA:

Aumento gradativo de demanda de novas tarefas

| CAUSAS MAIS PROVÁVEIS | G | U | T | PRODUTO Grau Crítico | CLASSIFICAÇÃO Seq. Atividade |
|--------------------------|---|---|---|-------------------------|---------------------------------|
| Saúde do idoso | 1 | 1 | 1 | 1 | 5º |
| Bolsa família | 5 | 2 | 2 | 20 | 3º |
| Vigilância alimentar | 4 | 3 | 5 | 60 | 1º |
| Programa saúde na escola | 3 | 4 | 4 | 48 | 2º |
| Saúde do homem | 1 | 1 | 1 | 1 | 6º |
| Tempo Desperdiçado | 2 | 5 | 1 | 10 | 4º |

Figura 3: LEGENDA (Matriz Gut):

| Nota | Gravidade | Urgência | Tendência ("se nada for feito...") |
|------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 5 | extremamente grave | precisa de ação imediata | ...irá piorar rapidamente |
| 4 | muito grave | é urgente | ...irá piorar em pouco tempo |
| 3 | grave | o mais rápido possível | ...irá piorar |
| 2 | pouco grave | pouco urgente | ...irá piorar a longo prazo |
| 1 | sem gravidade | pode esperar | ...não irá mudar |

7. RESULTADOS E INTERVENÇÕES

7.1 Resultados

Algumas constatações foram observadas e merecem destaques, apesar de aparentemente bem preparada para atuação plena na sua área, faz necessário melhorar os seus serviços atendendo as reais necessidades da população, na busca de mais agilidade e qualidade no atendimento, gestão participativa e acessibilidade.

Apesar dos inúmeros gargalos para um bom desempenho (insuficiência de: Material de expediente; Insumos medico/hospitalar; Transporte para visita domiciliar; Transporte para os profissionais; Medicação; Recursos humanos ínfimos; Reformas longas; Aluguel em atraso), o principal deles e que foi o que realmente sofreu intervenção, com significativas melhorias foi "Aumento de demanda de tarefas, gradativamente".

7.2 Intervenções

Ficou decidido em 2015 que seria desenvolvido e utilizado processos de informatização do atendimento, desde: o cadastro e emissão de ficha do atendimento, até retroalimentação das informações vitais do atendimento realizado pelo profissional.

Já foram adquiridos computadores e impressoras para informatizar o processo de atendimento, mas a idealização do software ainda está em andamento para uma solução completa.

Passou para a etapa de desenvolvimento e adaptação dos softwares que, em 2016, mediante a consolidação de fichas de trabalho e otimização de outras, reduziu-se o número de fichas de atendimento, diminuindo os gastos com tipografia e/ou fotocópias de formulários para trabalho.

O sistema em questão, para tal solução, chama-se SIPABW – Sistema de Informação para a Atenção Básica for Windows, desenvolvido pela empresa Lindmaia Software Development.

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DO SISTEMA – SIPABW

- Através de uma única entrada de dados, passa a atender demandas de vários sistemas já existentes;
- Integração com CNS e CNES;
- Coleta dos atendimentos realizados por profissionais de saúde;
- Registro de vacinação, e posterior exportação para SI-PNI;
- Permite o cadastramento e acompanhamento de gestantes, gerando as informações para o sistema SISPRENATAL WEB;
- Permite o cadastramento e acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes, gerando as informações para o sistema HIPERDIA;
- Permite o registro dos dados de agravos (diagnósticos);
- Possibilita o registro e acompanhamento dos atendimentos odontológicos;
- Possibilita a coleta de dados dos atendimentos realizados pelas equipes, gerando as informações SIAB, hoje e-SUS;
- Coleta de informações do estado nutricional dos cidadãos atendidos - SISVAN;
- Geração de BPA, gerando exportação SIA/SUS;

Atualmente todos os 18 PSF's do município conta com o pleno funcionamento desse sistema e agora otimizado com as novas implementações sugeridas de unificação de fichas, mediante intervenção de comum acordo entre os profissionais de saúde e a equipe de estágio.

Figura 4: Equipes de Saúde da Família – Antes da Intervenção.

Intervenção **Equipes Saúde da Família - ANTES**

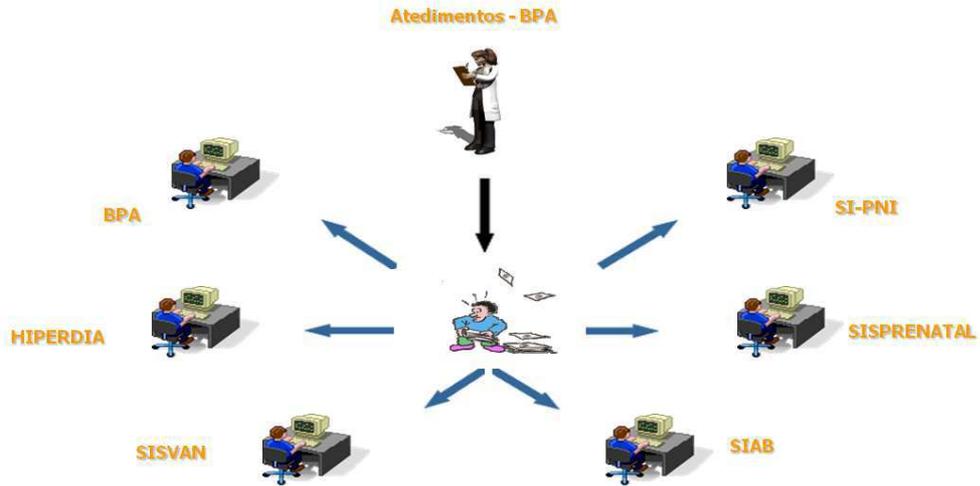
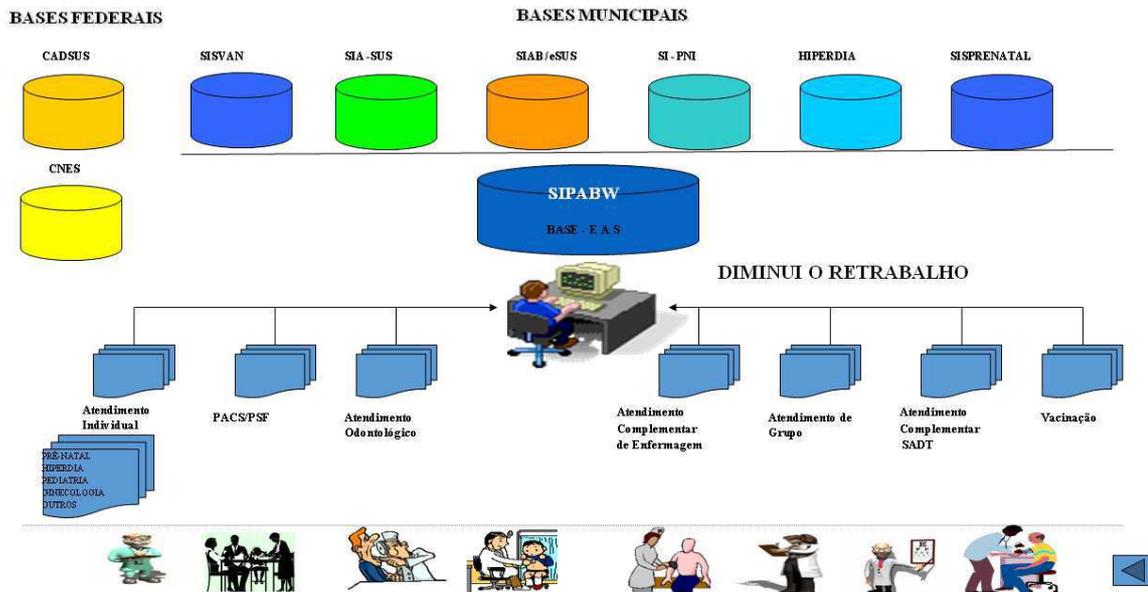


Figura 5: Equipes de Saúde da Família – Depois da Intervenção.

Intervenção **Equipes Saúde da Família - DEPOIS**



7.2.1 Tempo Médio Efetivamente Gasto no Atendimento ao Usuário do SUS

Quadro 2: Tempo médio preconizado pelo ministério da saúde para atendimento ao paciente:

| UM TURNO | | TEMPO GASTO | MIN / POR ATEND | FICHAS POR TURNO | TEMPO EFETIVO (hs) POR TURNO |
|----------|-------|-------------|-----------------|------------------|------------------------------|
| 07:00 | 11:00 | min | 15 | 16 | 4 |
| 13:00 | 17:00 | | | | |

7.2.1.1 Situação Antes da Intervenção (Detalhamento)

Quadro 3: Rotina manual (em papel)

| | | TEMPO GASTO | MIN / POR ATEND | FICHAS POR TURNO | TEMPO EFETIVO (hs) POR TURNO |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------|------------------|------------------------------|
| 1ª vez | Tirar Ficha no Mapa Diário | 1 | 5 | 16 | 1,33 |
| | Acolhimento (Téc Enf.) | 2 | | | |
| | Preencher Ficha de Cadastro | 5 | | | |
| | Preencher Ficha de Acomp. | 2 | | | |
| TOTAL DE MINUTOS BUROCRÁTICOS | | 10 | | | |
| Retorno | Tirar Ficha no Mapa Diário | 1 | 8 | 16 | 2,13 |
| | Acolhimento (Téc Enf.) | 2 | | | |
| | Localizar prontuário familiar | 2 | | | |
| | Preencher Ficha de Acomp. | 2 | | | |
| TOTAL DE MINUTOS BUROCRÁTICOS | | 7 | | | |

Legenda: Acolhimento (Peso, altura, pressão, testes rápidos, temperatura, vacina)
TEMPO EFETIVO (Conversando, entrevistando, dialogando com o paciente)

7.2.1.2 Situação Depois da Intervenção (Detalhamento)

Quadro 4: Rotina informatizada

| | | TEMPO GASTO | MIN / POR ATEND | FICHAS POR TURNO | TEMPO EFETIVO (hs) POR TURNO |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------------|------------------|------------------------------|
| 1ª vez | Tirar Ficha no Mapa Diário | 0,5 | 11,5 | 16 | 3,07 |
| | Acolhimento (Téc Enf.) | 2 | | | |
| | Preencher Ficha de Cadastro | 0 | | | |
| | Preencher Ficha de Acomp. | 1 | | | |
| TOTAL DE MINUTOS BUROCRÁTICOS | | 3,5 | | | |
| Retorno | Tirar Ficha no Mapa Diário | 0,5 | 11,5 | 16 | 3,07 |
| | Acolhimento (Téc Enf.) | 2 | | | |
| | Localizar prontuário familiar | 0 | | | |
| | Preencher Ficha de Acomp. | 1 | | | |
| TOTAL DE MINUTOS BUROCRÁTICOS | | 3,5 | | | |

Legenda: Acolhimento (Peso, altura, pressão, testes rápidos, temperatura, vacina)
TEMPO EFETIVO (Conversando, entrevistando, dialogando com o paciente)

Quadro 5: Resumo dos resultados de ganho de tempo obtidos com a intervenção

| ATENDIMENTO | ANTES DA INTERVENÇÃO - ROTINA MANUAL | | | |
|-------------|--------------------------------------|---------|------------------|---------|
| | TEMPO EM HORAS | | TEMPO EM MINUTOS | |
| | DISPONÍVEL | EFETIVO | DISPONÍVEL | EFETIVO |
| De 1ª vez | 4 | 1,33 | 15 | 5 |
| De Retorno | 4 | 2,13 | 15 | 8 |

| | |
|-------------|--|
| De 1ª vez: | De 4 horas disponível somente 1,33 horas efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente, De 15 min disponível somente 5 min efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente. |
| De Retorno: | De 4 horas disponível somente 2,13 horas efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente, De 15 min disponível somente 8 min efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente. |

| ATENDIMENTO | DEPOIS DA INTERVENÇÃO - ROTINA INFORMATIZADA | | | |
|-------------|--|---------|------------------|---------|
| | TEMPO EM HORAS | | TEMPO EM MINUTOS | |
| | DISPONÍVEL | EFETIVO | DISPONÍVEL | EFETIVO |
| De 1ª vez | 4 | 3,07 | 15 | 11,5 |
| De Retorno | 4 | 3,07 | 15 | 11,5 |

De 4 horas disponível agora 3,07 horas efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente,
De 15 min disponível agora 11,5 min efetivamente gasto no atendimento do médico com o paciente,
tanto de primeira vez, quanto de retorno;

7.2.2 Pesquisa de Satisfação Depois da Intervenção

Foi realizada uma pesquisa de satisfação nos 5 PSF's, abrangendo os seguintes profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, operador do sistema na recepção), perfazendo 20 entrevistados. E realizado uma outra pesquisa de satisfação com os pacientes em todas os 5 PSF's em dias, turnos aleatórios, perfazendo também 20 entrevistados.

A referida pesquisa de satisfação focava em duas questões **tempo de atendimento do profissional ao paciente**, ou **tempo de espera do paciente para ser atendimento pelo profissional**, já que desejava-se mensurar o impacto, ou não da informatização.

Tabela 5. Resultado da pesquisa de satisfação pós intervenção.

| PERFIL | PERCENTUAL (bom/ótimo) | Entre- vistados | QUANTITATIVO | | |
|--------------|---------------------------|--------------------|--------------|-----|-------|
| | | | REGULAR | BOM | ÓTIMO |
| Profissional | 95% | 20 | 1 | 3 | 16 |
| Paciente | 90% | 20 | 2 | 4 | 14 |

8 . CONCLUSÕES

As instituições estudadas, no caso, os 5 PSF's, de uma forma geral atende parcialmente aos apontamentos teóricos sobre o processo de trabalho dos profissionais segundo as orientações do Ministério da Saúde a cerca do funcionamento do programa.

Já sobre as condições de trabalho, no que tange aos recursos materiais (expediente, Insumos medico/hospitalar), estruturais (reformas intermináveis) ou logísticos (transporte), houve comprometimento da qualidade dos serviços de saúde oferecidos a população nas unidades, refletindo negativamente na aceitação e/ou satisfação da comunidade.

Contudo, percebe-se que as condições de trabalho impostas às equipes nas UBS's em que atuam não constituem um empecilho para a consolidação da ESF como novo modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde, configurando-se como um de muitos desafios a serem superados. A eficiência da ESF depende da articulação entre os gestores públicos de planejar, organizar e orientar as ações de saúde a serem executadas, destinando recursos suficientes que garantam a qualidade na assistência oferecida à população. (VIANA; FERREIRA, 2015, p. 17).

O grande legado desse trabalho foi relacionado foi **Na Análise dos Processos de Trabalho e Atendimento aos Usuários do SUS na Estratégia Saúde da Família**, que mediante aceitação de intervenção pelo gestor, foi possível informatizar grande parte dos processos burocráticos que até então era mediante preenchimento de diversas fichas em papel.

Os objetivos desse trabalho foram atingidos, pois mediante a participação das equipes de PSF's e as estratégias de intervenção, uma vez bem aceitas pelos profissionais, foi possível otimizar grande partes da crescente demanda de atendimentos, que era, segundo a matriz GUT um dos principais entraves e que dispendeu poucos recursos, sendo o de mais fácil resolução.

Espera-se que esta pesquisa possam contribuir e/ou auxiliar na forma de conhecer os processos de trabalho dos agentes de saúde de uma UBS e realizar identificação dos problemas existentes e mostrar uma forma de resolução dos mesmo, utilizando-se de informática para aperfeiçoar a operacionalização do sistema SUS, corrigindo a maioria das dificuldades mediante intervenção e otimizando os processos de trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 de Novembro de 2012.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família – Diretriz Conceitual*. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Secretaria da Assistência à Saúde*. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. **Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 7, n. 1, p. 45-52, jan/mar. 2008.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. **Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas- Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital, 5, 2011, Maranhão. Anais...Maranhão: Jornada Internacional de Políticas Públicas- UFMA, 2011.

DATASUS/MS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES Net)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=2307606395856> Acesso em: 15 de maio de 2015.

MARQUI, A. B. T. *et al*. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho**. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez.. 2010.

PNAB – PLANO NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em: 15 de maio de 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE. **Plano Municipal de Saúde**. 2010. 41p. Limoeiro do Norte, Ceará.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde**.

Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969- 1980, Mar. 2011.

VIANA, A. L.; DALPOZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, Jul/Dez. 1998.

VIANA, M. A.; FERREIRA, M. A. M. **Análise do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família em Relação à Operacionalização dos Princípios Básicos do SUS**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação e Saúde - RAHIS, Universidade Federal de Viçosa, Fev. 2015.

ZANELLA. L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

DATASUS/MS. **GIL - Gerenciamento de Informações Locais**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/gil> Acesso em: 15 de novembro de 2016.