

Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros

Organizational processes in the Family Health Strategy: an analysis conducted by nurses

Luciano José Arantes¹

Helena Eri Shimizu¹

Edgar Merchán-Hamann¹

Descritores

Gestão em saúde; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Avaliação de serviços de saúde; Avaliação de processos (Cuidados de Saúde); Política de saúde

Keywords

Health management; Primary health care; Family health strategy; Health services evaluation; Process assessment (Health care); Health policy

Submetido

15 de Fevereiro de 2016

Aceito

6 de Junho de 2016

Autor correspondente

Helena Eri Shimizu
Campus Universitário Darcy Ribeiro,
70910-900, Asa Norte,
Brasília, DF, Brasil.
shimizu@unb.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600039>

Resumo

Objetivo: Analisar os processos organizativos das equipes de Saúde da Família após implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Este estudo transversal foi realizado na cidade de Unai, no estado de Minas Gerais, Brasil. Um questionário do tipo *Likert* foi utilizado para coleta de dados e o teste de *Kruskal-Wallis* foi aplicado para análise, com um nível de significância de 5%.

Resultados: Foram identificados melhores resultados para as dimensões saúde da criança, mulher, contrato de gestão e sistemas de informação. Nas dimensões princípios da Atenção Primária à Saúde, diagnóstico, programação local, acolhimento e classificação de risco, abordagem familiar, relacionamento com a comunidade, redes de atenção à saúde, monitoramento, prontuário saúde da família e apoio diagnóstico, os resultados foram insatisfatórios. Nas dimensões princípios da Atenção Primária à Saúde, programação local, monitoramento, saúde da mulher e criança houve diferença estatística.

Conclusão: Há necessidade de maiores investimentos na organização das equipes, principalmente com relação aos processos organizativos ligados à gestão.

Abstract

Objective: To analyze the organizational processes of Family Health teams after implementing the Plan Director for Primary Health Care.

Methods: This cross-sectional study was conducted in the city of Unai, State of Minas Gerais, Brazil. A Likert questionnaire was used for data collection and the Kruskal-Wallis test was used for analysis, with a 5% significance level.

Results: Better results were identified for the dimensions of maternal and child health, management contract and information systems. Unsatisfactory results were found in the dimensions: principles of primary health care, diagnosis, local programming, welcoming approach, risk classification, family approach, and relationship with the community, health care networks, monitoring, family health medical charts and diagnostic support. A statistically significant difference was identified in the dimensions principles of primary healthcare, local programming, monitoring, women's and child health.

Conclusion: Further investment is needed in team organization, particularly regarding organizational processes related to management.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflito de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.



Introdução

Os processos organizativos na Atenção Primária à Saúde (APS) têm-se desenvolvido ao longo dos anos de várias formas, sob a ótica do contexto político, social e cultural de cada país. Diante dos diferentes tipos de abordagens de APS, a Organização Mundial de Saúde apontou, em 2007, elementos essenciais para revitalizar a capacidade dos países em elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável de APS nas Américas. A organização é um desses elementos, cujo objetivo é contribuir para uma implantação mais ampla e profunda do modelo de APS.⁽¹⁾

Na década de 1990, no Brasil, foram implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com mudanças do foco do modelo tradicional de atenção centrado no aspecto biológico e no indivíduo para outro que olha a coletividade, com ênfase na saúde e seus fatores determinantes.⁽²⁾

O PACS, precursor do PSF, buscou melhorar as condições de saúde das comunidades, especialmente dos problemas ligados à saúde materno-infantil.⁽³⁾ O PSF, reconhecido posteriormente como Estratégia Saúde da Família (ESF), incorporou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe de trabalho, foi considerada estratégia prioritária para expansão dos serviços e ações de APS no país, voltado para atenção de indivíduos, famílias e comunidade, de forma integral, contínua e organizada.⁽⁴⁾

Na política de APS do Brasil propõe-se um modelo de APS abrangente em que a ESF atue como ordenadora do sistema de saúde em redes de atenção, ou seja, nos arranjos organizativos de serviços e ações de saúde para avançar quanto à coordenação e à integralidade da atenção.⁽⁴⁾

Na ESF todos os possíveis membros da equipe (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS, dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal) possuem atribuições comuns e específicas no processo organizativo das ações.⁽⁴⁾ Todavia, tem-se evidenciado dificuldade de avanço desses processos devido aos diferentes contextos locais, fato que justifica a necessidade de continuar analisando seu desenvolvimento, pois podem contribuir para melhor desempenho e impacto das ações de APS na saúde da população.⁽⁵⁾

Nos últimos anos, o Estado de Minas Gerais tem-se destacado pelo compromisso com várias mudanças, sobretudo, no processo organizativo das equipes de APS. Uma das iniciativas foi a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), ocorrida no período de 2007 a 2010 em 853 municípios, cujo objetivo foi cooperar para a reorganização dos Sistemas Municipais de Saúde, por meio do fortalecimento da APS e da construção de redes integradas de atenção à saúde.⁽⁶⁾

Com o PDAPS, pretendeu-se implantar instrumentos de organização da APS, como prontuário de saúde da família e linhas-guia de atenção à saúde; e de gestão da clínica, como diagnóstico, programação local e municipal, protocolo de *Manchester* para classificação de risco, contrato de gestão e sistema de monitoramento.⁽⁶⁾

Sua implantação gerou mobilização de cerca de 50.000 profissionais da APS no Estado. Há, contudo, escassez de publicações que analisem a efetividade das alterações propostas. Nesse sentido, buscou-se verificar se o PDAPS correspondeu às expectativas quanto aos processos organizativos esperados, utilizando uma apreciação normativa, ou seja, abordagem avaliativa baseada na comparação de componentes avaliados com critérios e normas estabelecidos.⁽⁷⁾

Assim, este artigo analisou os processos organizativos das equipes da ESF de um município do Estado, após implantação do PDAPS nas seguintes dimensões: princípios da APS, diagnóstico, programação local, acolhimento e classificação de risco, prontuário saúde da família, abordagem familiar, relacionamento com a comunidade, redes de atenção à saúde, apoio diagnóstico, contrato de gestão, sistemas de informação, monitoramento, saúde da mulher e da criança.

Métodos

Estudo transversal após implantação do PDAPS no ano de 2010, no município de Unaí, situado no noroeste do Estado de Minas Gerais, com população de 77.565 habitantes. Faz divisa com municípios que compõem o entorno do Distrito Federal e o Estado de Goiás, e é importante ponto estratégico para progresso da região.

Este município foi escolhido por ser sede de Gerência Regional de Saúde (GRS) e polo no noroeste do Estado. Possui nove equipes da ESF cobrindo 46,20% da população, uma policlínica para atendimento de especialidades médicas, um hospital e uma unidade de pronto atendimento. A policlínica e o hospital municipal ofertam procedimentos para 12 municípios pertencentes ao noroeste do Estado, sendo a GRS responsável por mediar o processo de pactuação. Casos de maior complexidade não atendidos em Unaí são encaminhados para Brasília ou pontos pactuados no Estado de Minas Gerais, como Patos de Minas, Uberlândia, Uberaba e Belo Horizonte.

Tal aspecto exige, portanto, que a APS de Unaí esteja bem estruturada, funcione de forma resolutiva, e sirva de referência para desenvolvimento dos serviços de saúde no noroeste mineiro, de maneira a reduzir a demanda de serviços de maior complexidade.

Para coleta dos dados, foi utilizado questionário tipo *Likert* elaborado e validado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com finalidade de analisar os processos organizativos após implantação do PDAPS. Esse questionário apresentou 129 itens de verificação e abrangeu as dimensões citadas anteriormente. O quadro 1 apresenta temáticas abordadas em cada dimensão.

Os questionários foram autorrespondidos pelos nove enfermeiros da ESF devido à atribuição de gerente da equipe. Cada item de verificação apresen-

tou quatro opções de respostas com escores de 0 a 3, cujo valor possuía um significado que permitiu identificar o estágio de desenvolvimento do processo organizativo da equipe de saúde. Foi esclarecido para os nove participantes que escore 0 significava a não implantação do item analisado; escore 1, implantação incipiente (em estágio inicial); escore 2, avançada (processo em desenvolvimento, mas não no estágio inicial ou ideal); e escore 3, ótima (de forma ideal e consolidada). Por meio desse instrumento foi verificado se os processos organizativos atingiram estágio ótimo, objetivo almejado pela SES/MG após implantação do PDAPS.

Utilizou-se a média e a mediana dos escores para análise dos dados de cada dimensão e item averiguado. Como a média e a mediana foram diferentes, demonstrando que não havia distribuição normal dos dados, escolheu-se a mediana como parâmetro mais fiel para a análise.

O teste de *Kruskal-Wallis* foi empregado para comparar a implantação dos processos organizativos pelas equipes, com significância de 5%. Não se aplicou o teste para as dimensões diagnóstico local, apoio diagnóstico, sistemas de informação, abordagem familiar e relacionamento com a comunidade, pois possuíam menos de cinco itens de verificação, o que diminuiria o poder do teste estatístico. A análise estatística dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Science*.

Quadro 1. Dimensões e temáticas abordadas nas verificações

Dimensões	Temática abordada nas verificações
Princípios da APS	Conhecimento e estruturação na prática profissional.
Diagnóstico	(Re)cadastro anual da população, classificação das famílias segundo o risco, uso de mapas de distribuição de enfermidades e situações de risco no território.
Programação local	Implantação de linhas-guia e protocolos, estratificação segundo o risco (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adolescentes, adultos, idosos e saúde bucal) e estruturação e execução das ações programadas.
Acolhimento e classificação de risco	Utilização de princípios de acolhimento, implantação do Protocolo de Manchester e organização da agenda para atenção à demanda espontânea e programada
Prontuário saúde da família	Uso do prontuário com classificação segundo o risco, implantação da versão eletrônica, sigilo das informações e avaliação de prontuários
Abordagem familiar	Aplicação dos instrumentos genograma e ciclo de vida às famílias.
Relacionamento com a comunidade	Participação da equipe nas reuniões do Conselho Local e Municipal de Saúde; interação, divulgação de ações e de resultados para a comunidade; conhecimento e relação do profissional com pessoas mais conhecidas da comunidade.
Redes de Atenção à Saúde	Conhecimento dos protocolos de referência para atenção secundária e terciária, acesso aos exames laboratoriais e de imagem, sistema de regulação e de transporte de usuários na rede, e pactuação com outros pontos de atenção.
Apoio diagnóstico	Implantação de protocolos clínicos laboratoriais, planejamento da quantidade de exames pelas equipes, e organização do fluxo processual antes e após a realização dos exames.
Contrato de gestão	Conhecimento do profissional sobre metas municipais pactuadas no contrato; pactuação de indicadores e metas locais; acompanhamento da meta relacionada ao pré-natal, à vacinação e aos exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos; e contrato das equipes com a coordenação municipal.
Sistemas de informação	Frequência de alimentação e o uso dos dados no planejamento das ações.
Monitoramento	Conhecimento das metas pactuadas para a APS do município, elaboração de proposta de monitoramento das metas, organização de processos para o alcance das metas, realização do monitoramento conforme planejado.
Saúde da mulher	Ações realizadas para garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, pré-natal, puerpério, prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero, e climatério
Saúde da criança	Ações na primeira semana de vida, para o crescimento e desenvolvimento infantil, concernentes à vacinação e à alimentação saudável.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade de Brasília, com protocolo nº 158/10. Assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido não era necessário, quando os dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Para efeito de classificação, as dimensões saúde da mulher e da criança foram definidas como processos organizativos ligados à atenção à saúde, e as demais, como pertencentes à área de gestão, ou seja, relacionadas às ações necessárias para organização da APS e gestão da clínica na ESF.

As tabelas 1 e 2 apresentam, respectivamente, resultados das dimensões ligadas à gestão e à atenção à saúde. Diferença estatística foi identificada

Tabela 1. Resultado das dimensões ligadas à gestão dos processos organizativos na Estratégia Saúde da Família

Dimensões	Nº de itens analisados	Escores		p-value*
		Mediana	Média	
Princípios da APS	5	1	1,4666	0,015
Diagnóstico Local	4	1,5	1,6111	Não calculado
Programação Local	12	1	1,4722	0,000
Acolhimento e Classificação de Risco	5	1	1,5333	0,375
Prontuário Saúde da Família	5	0	0,8	0,165
Abordagem Familiar	2	1	1	Não calculado
Relacionamento com a Comunidade	3	1	1,1111	Não calculado
Redes de Atenção	7	1	0,8730	0,107
Apoio Diagnóstico	3	0	0,3333	Não calculado
Contrato de Gestão	6	2	2	0,107
Sistemas de Informação	2	2	2,0555	Não calculado
Monitoramento	5	1	1,1777	0,000
Total	59	1	1,31	0,000

*Teste de Kruskal-Wallis $p < 0,05$

entre as equipes para as dimensões princípios da APS, programação local, monitoramento, saúde da mulher e da criança ($p < 0,05$).

Além disso, salienta-se que na dimensão diagnóstico foi verificada a existência de processo em estágio avançado para (re)cadastro anual e classificação segundo o risco das famílias do território de atuação das equipes.

Na programação local identificou-se estruturação incipiente do plano de trabalho, porém com execução avançada. A estratificação segundo o risco para

gestantes, crianças, adultos, idosos, hipertensos e diabéticos foi considerada avançada; incipiente para adolescentes; e não implantada para a saúde bucal.

Nas dimensões acolhimento e classificação de risco e prontuário saúde da família, respectivamente, o protocolo de *Manchester* e a versão eletrônica do prontuário não foram implantados.

Quanto às redes de atenção à saúde, destaca-se incipiência no acesso aos exames laboratoriais; e na dimensão contrato de gestão, o estabelecimento de ações para cumprimento de metas de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos em estágio ótimo de implantação.

Apesar do resultado avançado para a saúde da mulher, ressalta-se incipiência na implantação de ações para climatério, direito de escolha do método contraceptivo, atenção à gestante HIV positiva, acompanhamento da saúde bucal das gestantes, e utilização dos sistemas de informação para controle do câncer de mama. Na dimensão saúde da criança não houve implantação de estratégias para acompanhamento da saúde bucal.

Tabela 2. Resultado das dimensões ligadas à atenção à saúde nos processos organizativos na Estratégia Saúde da Família

Dimensões	Nº de itens analisados	Escores		p-value*
		Mediana	Média	
Saúde da Mulher	40	2	2,025	0,000
Saúde da Criança	30	3	2,4111	0,000
Total	70	2	2,19	0,000

*Teste de Kruskal-Wallis $p < 0,05$

Discussão

Esta pesquisa limitou-se a analisar processos organizativos na ESF conforme instrumento elaborado pela SES/MG, e não contemplou processos de atenção à saúde em todos os ciclos de vida. O método adotado não respondeu por que alguns elementos do PDAPS tiveram menos sucesso na implantação. Recomenda-se ampliação do instrumento avaliativo para esclarecer pontos não abordados.

Verificaram-se desafios a serem enfrentados para desenvolvimento dos processos organizativos na APS, principalmente relacionados à gestão da atenção. Os resultados assemelham-se a algumas situações identificadas na estruturação da APS na América Latina.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Nem todos os processos analisados atingiram estágio ótimo, mas o PDAPS apresentou-se como estratégia para sua implantação, sobretudo auxiliando os enfermeiros, que mormente, assumem a função de gerente das equipes da ESF.

Quanto aos princípios da APS, pode-se dizer que são utilizados na fundamentação da ESF.⁽⁴⁾ Resultados favoráveis são evidenciados para sua implantação em unidades com a ESF, todavia, nota-se objeção no estabelecimento de alguns princípios, como longitudinalidade, orientação comunitária, entre outros.⁽¹¹⁾

A incipiência nessa dimensão concorda com estudo que identificou um nível inadequado de apreensão e conhecimento dos princípios e diretrizes da ESF, evidenciando dificuldade de progresso na implantação desses na prática de saúde.⁽¹²⁾

Esses dados salientam necessidade contínua de educação permanente para equipes da ESF, cursos de especialização e residência em saúde da família, para otimizar a abordagem do processo saúde-doença. Porém, é fundamental que atores e instituições responsáveis pela formação em nível médio e superior atuem insistentemente para fortalecer os princípios da APS na prática dos futuros profissionais.⁽¹¹⁾

A respeito do diagnóstico local, o resultado detectado acerca do (re)cadastro da população do território e para estratificação das famílias segundo o risco, reforça a importância do ACS como membro da equipe de saúde, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção Básica do Brasil.⁽⁴⁾

O resultado incipiente dessa dimensão deixa claro que os momentos do processo de trabalho podem ser mais explorados para coleta e atualização dos dados do território/famílias. Este dado coaduna com pesquisa que identificou pouco conhecimento do histórico de saúde e das condições de vida dos usuários e famílias pelos profissionais da ESF.⁽¹³⁾ Tais situações implicam resgatar sua significação para a prática em saúde, a fim de estabelecer planejamentos coerentes com a realidade social, econômica e sanitária.

Na dimensão programação local, a elaboração incipiente do plano de ação, mas com execução avançada, indica tendência em valorizar mais a realização das ações do que propriamente seu planeja-

mento. Os resultados obtidos na implantação das linhas-guia e dos protocolos clínicos validados reforçam a tônica de descompasso na utilização desses instrumentos teóricos na prática profissional, desfavorecendo a resolutividade das ações de saúde.

Relata-se que a existência da linha-guia não garante sua adoção pelos profissionais, sendo mais influenciada pelas características individuais e crenças da instituição do que do treinamento recebido.^(14,15) No Brasil há registro de dificuldade para sua adesão na ESF.⁽¹⁵⁾ A implantação de estratégias pode contribuir para sua adoção na APS, melhorando a qualidade do serviço e a segurança do paciente.⁽¹⁶⁾

O avanço quanto à estratificação de risco para crianças, adultos, idosos e doentes crônicos demonstra que é possível classificar o risco e programar as ações, aspecto relevante para enfrentar as tendências de envelhecimento populacional e de mudanças no perfil epidemiológico das comunidades. Quanto aos adolescentes, o resultado incipiente sugere maior envolvimento da escola e pais para otimização dos cuidados.⁽¹⁷⁾

O resultado incipiente quanto ao acolhimento e a não implantação do protocolo de *Manchester* sinalizam necessidade de avançar quanto à humanização do atendimento. No Brasil, a produção científica é incipiente sobre acolhimento com classificação de risco, contudo, ressalta-se sua colaboração ao priorizar pacientes que precisam de tratamento imediato ou em condições agudas, reforçando o princípio da equidade na ESF.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Concernente ao prontuário saúde da família destaca-se inexistência da versão eletrônica, a qual facilitaria o conhecimento do paciente, prestação do cuidado longitudinal, fluxo da informação clínica, coordenação e integração à rede de atenção à saúde.⁽²¹⁾ Ademais, reduziria erros no tratamento medicamentoso e no diagnóstico, incidentes frequentes que afetam a segurança dos pacientes na APS.⁽²²⁾

Apesar da instituição da portaria ministerial nº 529/2013, reconhece-se a necessidade de ampliação da cultura de segurança do paciente e de processos que garantam segurança das informações nos sistemas eletrônicos, evitando erros médicos e posteriores problemas judiciais.⁽²²⁻²⁴⁾

Acerca da abordagem familiar, a incipiência encontrada demonstra uma atenção sem profundidade adequada para conhecimento de problemas das famílias e suas possíveis causas. Isso pode ser reflexo de processos de trabalho centrados na doença e no indivíduo; problema comum na APS da América Latina, pois apesar do avanço do modelo de medicina familiar, exige-se maior comprometimento para implantar as mudanças requeridas.^(10,25)

O resultado incipiente no relacionamento com a comunidade mostra que é preciso maior mobilização para estimular o desenvolvimento da autonomia dos cidadãos no cuidado à saúde individual e coletiva. Essa ação pode repercutir no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização dos serviços e no exercício do controle social, objetivos recomendados pela política brasileira de atenção básica.⁽⁴⁾

O frágil relacionamento com a comunidade pode ser reflexo de atuação pautada no modelo de saúde predominantemente focado na doença. Para avançar, admite-se a necessidade de criar espaços na rotina diária dos profissionais para se relacionar com as pessoas, tal como se automotivarem para conceber ações que favoreçam a comunicação.⁽²⁶⁾

No Brasil, a ESF contribuiu para efetivação das redes devido à sua potencialidade para coordenar a atenção do usuário e integrar os serviços, desde que os pontos de referenciamento secundário e terciário sejam previamente estabelecidos e suficientes para a demanda.⁽²⁷⁾ Em Minas Gerais verifica-se progresso na construção das redes, como ocorrido na macrorregião norte e em Belo Horizonte, denotando possibilidade de superar desafios para sua implantação.^(28,29) Em Unai, o resultado incipiente indica fraca conexão da APS com os pontos de atenção, mostrando premência de maiores esforços para assegurar atendimento integral ao usuário.

Para promover acesso às ações e serviços de saúde, a portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde introduziu diretrizes para construção das redes de atenção, e o decreto presidencial nº 7.508/2011 reforçou a relevância das redes regionalizadas e hierarquizadas.⁽⁴⁾

Os processos organizativos para apoio diagnóstico laboratorial não foram implantados segundo critérios de análise deste estudo. Entretanto, o mu-

nício utilizou outro meio para oportunizar acesso dos usuários aos exames laboratoriais, afirmação justificada pelo resultado incipiente encontrado nesse quesito na dimensão rede de atenção. Assim, para garantir acesso aos serviços e progresso na estruturação da rede de atenção, a organização do apoio diagnóstico depende da oferta suficiente de exames.

Considera-se o contrato de gestão uma das principais inovações na reforma da gestão pública voltada para resultados com contribuições para mudança na qualidade dos serviços públicos.⁽³⁰⁾ Apesar de resultado avançado nesta pesquisa, seu uso é pouco estudado na saúde pública.⁽³⁰⁾

Baseado nos resultados apresentados, notou-se que a pactuação de metas nesse contrato pode ter colaborado para melhor desempenho da dimensão sistemas de informação. Isso foi observado para a prevenção do câncer de colo do útero (meta pactuada pelo contrato de gestão - mediana 3) quando comparada com o controle do câncer de mama (meta não pactuada pelo contrato - mediana 1). Assim se reconhece que a implantação do contrato de gestão pode beneficiar a qualificação dos sistemas de informação e, por conseguinte, do processo de monitoramento, dimensão incipiente nesta pesquisa. Sugere-se incluir outras metas no contrato de gestão para ampliar a responsabilização dos profissionais sobre os resultados desejados e aprimorar o monitoramento.

Para a saúde da mulher e da criança (área de atenção à saúde), os resultados avançado e ótimo, respectivamente, indicam uma conquista histórica de melhor organização desses segmentos, principalmente devido à implantação do PACS no país na década de 1990.⁽³⁾ Entretanto, verificou-se no município estudado a necessidade de avançar em alguns processos organizativos relacionados à saúde da mulher, conforme os resultados apresentados, para não afetar a adesão ao tratamento.

Quanto à saúde bucal evidenciou-se dificuldade para a estratificação segundo o risco e de execução de ações de acompanhamento para gestantes e crianças. A não incorporação dessas ações à ESF não condiz com a Política de Saúde Bucal do Brasil, que assumiu novos contornos na APS, principalmente no período de 2003 a 2010.⁽²⁾ Tal achado demonstra urgência em estabelecer ações nessa área na ro-

tina das equipes, o que poderá fortalecer o trabalho interdisciplinar dos profissionais da ESF.

Quando se comparou a implantação dos processos organizativos com a aplicação do teste estatístico, foram encontrados diferentes graus de mobilização e engajamento das equipes nas dimensões princípios da APS, programação local, monitoramento, saúde da mulher e da criança. Esse dado mostra que, apesar de as equipes trabalharem em unidades de saúde sujeitas à mesma coordenação de APS, é possível não seguirem um mesmo padrão para desenvolvimento das ações, podendo gerar resultados piores para a saúde da população em determinados territórios. Portanto, o envolvimento dos profissionais de saúde é fundamental para a qualidade da atenção e a renovação do modelo de APS vigente.

Este estudo teve como limitação o fato de posuir uma amostra pequena e representar a realidade de certo local em determinado momento de sua história. Porém, contribuiu no sentido de apontar dimensões mais estruturadas, bem como aquelas carentes de investimento relacionadas aos processos organizativos na APS. Espera-se que os resultados e reflexões apresentados possam estimular o aperfeiçoamento de estratégias políticas e administrativas ligadas aos processos organizativos na APS, de forma a otimizar o desempenho e o impacto das ações na saúde da população.

Conclusão

Na análise o PDAPS permitiu melhorar os processos organizativos atinentes à área da atenção à saúde, todavia, os processos relacionados à gestão foram incipientes, o que revela a necessidade de maiores investimentos na organização do sistema local da Estratégia Saúde da Família.

Colaborações

Arantes LJ e Merchán-Hamann E contribuíram com o planejamento, análise e interpretação dos dados, redação e aperfeiçoamento do artigo. Shimizu HE colaborou com a revisão crítica do contexto intelectual e aprovação da versão a ser submetida.

Referências

- Adell CN, Echevarria CR, Bentz RM. [Development of primary health care competencies]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(2):176-83. Spanish.
- Pereira AM, Castro AL, Malagón OR, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. [Primary health care in South America in comparative perspective: changes and trends]. *Saúde debate*. 2012; 36(94):482-499. Portuguese.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- Rocha AC, Sousa CP, Queiroz D, Pedraza DF. [Primary health care: evaluation of structure and process]. *Rev Adm Saúde*. 2012; 14(55):71-9. Portuguese.
- Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008. p. 17-8.
- Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2011. p. 54, 77-94.
- Osorio AG, Álvarez CV. [Primary health care: challenges for implementation in Latin America]. *Aten Primaria*. 2013; 45(7):384-92. Spanish.
- Conill EM, Fausto MC, Giovanella L. [The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10 Suppl 1:S14-S27. Portuguese.
- Anderson MI. [Status and progress of family health in Latin America and the Caribbean: the Ibero-American Confederation of Family Medicine (ICPM) perspective]. *Medwave*. 2013; 13(1):e5614. Spanish.
- Oliveira VB, Veríssimo ML. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):30-6.
- Gomes KO, Cotta RM, Araújo RM, Cherchiglia ML, Martins TC. [Primary health care the "apple of the eye" of SUS: about social representations of the protagonists of the Unified Health System]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 Suppl.1:881-92. Portuguese.
- Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. [Primary health care evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(5):979-87.
- Olmedo B, Miranda E, Cordon O, Pettker CM, Funai EF. Improving maternal health and safety through adherence to postpartum hemorrhage protocol in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 125(2):162-5.
- Lima SM, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VM, Brito C, et al. [Use of clinical guidelines and the results in primary healthcare for hypertension]. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(9):2001-11. Portuguese.
- Unverzagt S, Oemler M, Braun K, Klement A. Strategies for guideline implementation in primary care focusing on patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Fam. Pract*. 2014; 31(3):247-66.
- Jarusevicene L, Orozco M, Ibarra M, Ossio FC, Vega B, Auquilla N, et al. Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Glob Health Action*. 2013; 6:20444.

18. Roncato PA, Roxo CO, Benites DF. [Reception with risk assessment in the family health strategy]. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(4):308-13. Portuguese.
19. Oliveira RF, Silva MA, Costa AC. [Risk classification via the nurse: a review of literature]. *Rev Baiana Enferm*. 2012; 26(1):409-22. Portuguese.
20. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012. p. 50.
21. Price M, Singer A, Kim J. Adopting electronic medical records: are they just electronic paper records? *Can Fam Physician*. 2013; 59(7):e322-9.
22. Marchon SG, Mendes Júnior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(9):1815-35.
23. Pereira SR, Fernandes JC, Labrada L, Bandiera-Paiva P. A mapping of information security in health Information Systems in Latin America and Brazil. *Stud Health Technol Inform*. 2013; 190:123-5.
24. Brasil. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [internet]. 2013. [citado em 2016 Fev 4]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
25. Alencar MN, Coimbra LC, Morais AP, Silva AA, Pinheiro SR, Queiroz RC. [Evaluation of the family focus and community orientation in the Family Health Strategy]. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(2):353-64. Portuguese.
26. Soratto J, Witt RR. Participation and social control: perception of family health workers. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(1):89-96.
27. Rodrigues LB, Silva PC, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. [Primary Health Care in the coordination of health care networks: an integrative review]. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2):343-52. Portuguese.
28. Torres SF, Belisário AS, Melo EM. [The emergency network in the northern macro-region of Minas Gerais, Brazil: a case study]. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):361-73. Portuguese.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 57-115.
30. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. [The use of management contracts and professional incentives in the public health sector]. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4):615-25. Portuguese.