



# PROGRAMA NACIONAL DA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA AUTOAVALIAÇÃO EM SOBRAL, CEARÁ.

NATIONAL PROGRAM FOR ACCESS IMPROVEMENT AND THE QUALITY OF BASIC CARE:  
SELF-EVALUATION ANALYSIS IN SOBRAL, CEARÁ.

Luana Rodrigues Portela <sup>1</sup>  
Maria Socorro de Araújo Dias <sup>2</sup>  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos <sup>3</sup>

## RESUMO

*Pretende-se com este estudo descrever os resultados da autoavaliação realizada pelos profissionais da atenção básica, como parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB. Trata-se de um estudo documental com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu no município de Sobral-CE, no período de junho a julho de 2012. Este município possui uma população de 181.010 habitantes e uma cobertura populacional de 98%, com 48 equipes, sendo que apenas 27 delas aderiram ao PMAQ-AB. Os dados foram organizados e apresentados no formato de tabelas e gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente. Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, e princípio equitativo. Os resultados foram agrupados da seguinte forma: a) infraestrutura e equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos; b) perfil da equipe, organização do processo de trabalho e atenção integral à saúde; c) participação, controle social e a satisfação do usuário apresentados em forma de gráficos. Neste ínterim, percebe-se que o PMAQ-AB contribui positivamente nas atividades das equipes de saúde, permitindo aos profissionais analisarem seu trabalho por meio de instrumentos a exemplo da autoavaliação estruturada, organizada e padronizada, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo a contribuir para que gestores tenham uma visão ampla da atenção, evidenciando de maneira objetiva as potencialidades e limitações, podendo conduzir as mudanças para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.*

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

*With this study, we intended to describe the results from the self-evaluation performed by professionals from basic care, as part of the National Program for Access Improvement and the Quality of Basic Care – NPAIQ-BC. This was a documental study with quantitative approach, data collection occurred in the municipality of Sobral, Ceará state in the period from June to July 2012. This municipality has a population of 181,010 inhabitants with 98% population coverage by 48 teams, of which only 27 teams have adhered to NPAIQ-BC. Data were organized and presented as tables and graphs and discussed in the light of pertinent literature. The ethical aspects were respected according to Resolution 196/96 from the National Health Council, concerning autonomy, non-maleficence, beneficence, justice, and fairness principles. The results were grouped in the following manner: a) infrastructure and equipment, inputs, immunobiologicals and medicine; b) team profile, organization of work process and integral health care; and c) participation, social control and user satisfaction are presented as graphs. In the meantime, we realized that NPAIQ-BC contributed positively to health team activities, enabling professionals to analyze their work by means of instruments such as structured, organized and standardized self-evaluations, identifying general aspects of basic care, contributing in a manner for managers to have a broader care image, witnessing potentials and limitations in an objective manner, being able to conduct to changes for the improvement of teamwork and in favor of users.*

**Key words:** Family Health Program, Primary Health Care, Health Evaluation.

1- Profissional de Educação Física. Professora de natação, hidroginástica do Centro Esportivo Tia Edite e life. Coordenadora do Programa Segundo Tempo. Especialização em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral-CE, Brasil.

2- Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/UVA Sobral-CE, Brasil.

3- Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/UVA Sobral-CE, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde<sup>1</sup>.

Existe o chamado mando único nas esferas de governo que está fundamentado em diretrizes e princípios, que conferem a universalidade, a integralidade e a equidade como os princípios doutrinários<sup>2</sup>. Encontra-se organizado em níveis de complexidade, que são: atenção básica, compreendida como porta de entrada do sistema e abrange promoção, proteção e recuperação da saúde. A secundária requer profissionais especializados e equipamentos de maior densidade tecnológica, e por fim, a atenção terciária que exige profissionais bastante especializados e equipamentos de alta densidade tecnológica, devendo os três níveis estarem articulados entre si<sup>3</sup>.

A pergunta norteadora da atenção básica é se ela realmente cumpre com o seu propósito, analisando os obstáculos e adotando medidas necessárias e eficientes para a superação das dificuldades encontradas. A proposta de avaliação da atenção básica deve estar de acordo com a política de saúde do país, seguindo referência dos princípios e diretrizes do SUS<sup>4</sup>.

A avaliação surge em meio a racionalidade concreta, com propostas de avaliação da melhoria nas condições sociais, em busca de bem-estar coletivo, ligado à ideia de que o mundo pode e deve ser melhorado<sup>5</sup>.

Sendo assim, avaliação é um “ato ou efeito de avaliar; valor determinados pelos avaliadores”<sup>6</sup>. Deste modo, a aplicação da “avaliação” se dá para reorientações de processos e políticas e, também, na área da saúde. A institucionalização nacional de avaliação de políticas foi formulada com as bases teóricas mais avançadas da literatura especializada, ainda que defasadas em relação a sua emergência pelas políticas dos anos de 1970-80. A avaliação em saúde é um processo que favorece a participação, o debate e redistribui o acesso aos seus atores que com os seus próprios meios não têm a capacidade de avaliar os serviços ou contrabalançar interesses iguais<sup>7</sup>.

*O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi instituído pela portaria de N°1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011.*

“Avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programas, serviço etc.) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações construídos ou já existentes, visando a tomada de decisão”<sup>8</sup>. Quando se fala em avaliação, logo associamos a punição e eliminação de algo que por alguma meta não foi possível alcançar, ou seja, remete-nos a práticas autoritárias e de controle, mas a avaliação sistemática de programas e serviços em saúde tem como objetivo estimular a análise do trabalho em equipe para verificar o que está faltando e implementar, caso necessário, com bases para operar modificações em uma dada situação<sup>4</sup>.

O objeto da avaliação está em constante movimento, sendo evidenciado nas três esferas de governo, ou seja, assim o governo federal assume a corresponsabilidade pela avaliação da atenção básica, tendo caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, a partir da verificação física em que se encontram as unidades básicas de saúde, da eficácia e efetividade das estruturas, no inciso I do artigo 1º da portaria GM/MS N° 676 de 03/06/03<sup>4</sup>.

No que se refere à avaliação da atenção básica, ressalta-se a dificuldade de pôr em prática, executar processos de avaliação, levando em consideração a distância de visão da teoria e da prática dos serviços de saúde, como também considerando a necessidade de mudanças na reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria de N°1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011<sup>9</sup>. É um programa voltado para a qualificação da atenção básica, que procura estimular a instituição de processos que ampliem a capacidade de gestão dos entes federados, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.

Em estudos recentes, foi demonstrado um alcance de uma cobertura estimada de aproximadamente metade da população brasileira com acesso aos serviços de atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e outra metade por outros modelos de atenção básica. Neste contexto, urge a necessidade de melhoria da qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica. Diante disso o Ministério da Saúde propôs iniciativas centradas no assunto qualificação, dentre várias, destacando, o PMAQ-AB<sup>3</sup>.

A implantação do PMAQ-AB foi organizada em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, e recontratualização<sup>4</sup>.

A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao programa por meio de compromissos e indicadores a serem firmados entre equipe de Atenção Básica e gestores municipais, e estes com o Ministério da Saúde.

O desenvolvimento faz parte da segunda fase do PMAQ-AB

e consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase do PMAQ-AB se refere à avaliação externa em que se realiza um conjunto de ações para analisar a situação de como se encontra o acesso e a qualidade das equipes de Atenção Básica, que participam do programa. Esta fase da avaliação externa subdivide-se em três módulos e para a qual foi elaborado um instrumento denominado “instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você acesso e qualidade”.

O primeiro módulo do instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você - acesso e qualidade consiste na observação na unidade de saúde através da identificação de placas sinalizadas internas e externas, horários e dias de funcionamento da unidade básica de saúde, infraestrutura, equipamentos e materiais. No segundo módulo, realiza-se uma entrevista com um profissional da equipe de Atenção Básica e verificação documental. A entrevista e a verificação documental são referentes à Unidade Básica de Saúde e dos profissionais que atuam nas equipes e incluem: processos de trabalho, organização do serviço na UBS aos usuários do território, dentre outras. O terceiro módulo consiste em uma entrevista na unidade de saúde com o usuário, tendo como critérios que os entrevistados devem ser usuários da unidade de saúde, bem como estarem presentes esperando atendimento no momento da entrevista do avaliador de qualidade; o usuário escolhido não poderá ter passado por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista; e deverão ser entrevistados quatro usuários, tendo como grupos específicos: mulher, gestante, criança(mãe ou responsável), adultos (hipertenso e diabético)<sup>3</sup>.

O processo de certificação das equipes de Atenção Básica é um momento em que o esforço das equipes participantes e gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica devem ser reconhecidos. Este processo não se limita apenas ao reconhecimento daquelas equipes que possuem elevado padrão de qualidade mas também leva-se em consideração as equipes participantes que procuram promover novas ações de mudanças a fim de que a melhoria aconteça. Os critérios para a certificação das equipes de Atenção Básica são considerados em três dimensões: implementação de processos autoavaliativos; verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade.

A quarta fase ocorre após a certificação da Atenção

## *O processo de certificação das equipes de Atenção Básica é um momento em que o esforço das equipes participantes e gestor municipal...*

Básica e será baseada no desempenho de cada equipe durante o processo avaliativo, visando uma nova contratualização de indicadores e compromissos. Desta forma, concretiza-se o ciclo de avaliação da qualidade previsto pelo programa. Para esse processo de certificação, é considerado o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores.

Desse modo, pretende-se com este estudo descrever os resultados da autoavaliação realizada pelos profissionais da Atenção Básica, como parte do PMAQ-AB.

## **METODOLOGIA**

Estudo documental com abordagem quantitativa, que se constitui como um método de escolha e verificação de dados, o qual visa o acesso às Fontes pertinentes, tendo como objetivo a descoberta ou resolução dos problemas e que requer do pesquisador uma análise mais cuidadosa<sup>10</sup>.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2012, em Sobral-CE. Este município possui uma população de 181.010 habitantes, com 48 equipes, uma cobertura populacional de 98%, sendo que apenas 27 equipes aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB<sup>11-12</sup>.

Para a coleta dos dados, inicialmente, foi solicitado à coordenação da Atenção Básica a autorização para realização do estudo e acesso aos questionários provenientes da autoavaliação; em seguida, foi verificados instrumentos preenchidos pelas equipes que corresponde a fase de desenvolvimento, mencionado anteriormente. Para a fase autoavaliativa, foi elaborado um instrumento denominado Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)<sup>12</sup>.

Para auxiliar na verificação, organização e análise dos dados, foi construída uma planilha no programa *excel*, versão 2010, com descrição das pontuações por equipe, de acordo com os seguintes assuntos: infraestrutura e equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos, perfil da equipe, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, participação, controle social e a satisfação do usuário.

A análise foi realizada mediante os padrões de qualidade adotados pelo PMAQ-AB, considerando os percentuais das subdimensões em categorias, a saber: Muito insatisfeito (0-19,99 %), Insatisfeito (20-39,99 %), Regular (40-59,99 %), Satisfeito (60-79,99%), Muito satisfeito (80-100 %). A classificação dos padrões de qualidade se dá do ponto 0 (zero) ao 10, o zero indica o não cumprimento do padrão e o ponto 10 é a total adequação.

Os dados foram organizados e apresentados no formato de tabelas e gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente. Salientando que os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no tocante à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, e o princípio equitativo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação dos resultados, estes foram agrupados de acordo com os itens: a) infraestrutura e equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos; b) perfil da equipe, organização do processo de trabalho e atenção integral à saúde, e c) participação, controle social e a satisfação do usuário; e, posteriormente, apresentados em forma de gráficos.

Os dados relacionados à infraestrutura e equipamentos das ESF referem-se aos insumos e imunobiológicos. Nestes, cada equipe manifestou um conceito que variou de muito satisfatório a muito insatisfatório; relacionado à infraestrutura, predominou o conceito regular (20%); já para insumos, imunobiológicos e medicamentos, o conceito mais considerado foi satisfatório (18%), conforme demonstrado na Figura 1.

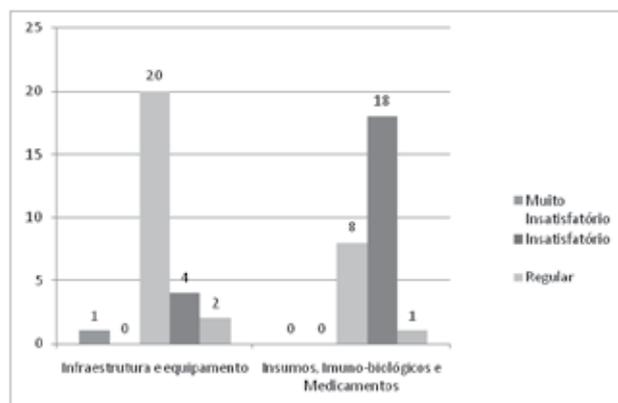


Figura 1- Demonstrativo da avaliação da melhoria da qualidade da Atenção Básica de acordo com a infraestrutura e insumos. Sobral-Ceará, 2012.

Para a avaliação do perfil, organização do trabalho e atenção integral, as equipes o avaliaram como satisfatório ou muito satisfatório em todos os aspectos, conforme demonstrando na Figura 2.



Figura 2- Demonstrativo da avaliação das equipes de saúde da família de acordo com padrões de qualidade. Sobral-Ceará, 2012.

A Figura 3 demonstra os resultados da avaliação quanto à participação comunitária, controle social e satisfação do usuário na perspectiva do profissional que realizou a autoavaliação, predominando os conceitos satisfatório e muito satisfatório.

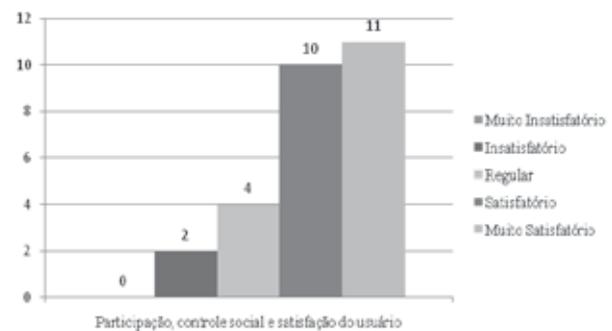


Figura 3 - Demonstrativo da avaliação das equipes de saúde da família de acordo com padrões de qualidade. Sobral-Ceará, 2012.

No tocante à infraestrutura e equipamentos, que trata da estrutura física e disponibilidade de equipamentos necessários, foi identificada uma equipe como muito insatisfatório, e 20 equipes como regular. As unidades e os serviços de saúde devem estar habilitados e preparados tecnicamente para oferecer condições adequadas de infraestrutura física, pessoal e equipamentos para a prestação de serviço ideal e qualificado<sup>13</sup>. A deficiência desses recursos gera uma gestão enfraquecida na medida em que interferem na sua capacidade produtiva. Para que o planejamento da equipe seja aplicado com sucesso, é necessário que a unidade esteja estruturada adequadamente e com equipamentos capazes de suprir as necessidades da comunidade.

Relacionado aos insumos, imunobiológicos e medicamentos, foi avaliado o armazenamento, disponibilidade e suficiência para as ações em saúde, 18 equipes foram satisfatórias. Em estudo realizado sobre a avaliação estrutural nas ESF, em Sobral-CE, autores apontam também, em concordância com os

resultados apresentados nesta subdivisão, que os Centros de Saúde da Família estão preparados para suprir a necessidade medicamentosa no tratamento de algumas patologias<sup>14</sup>. A ESF precisa de um conjunto de fatores para a gestão acontecer de forma satisfatória para a população, e um desses fatores é a disponibilidade de medicamentos disponíveis para os usuários de acordo com a situação epidemiológica da comunidade.

O perfil da equipe está vinculado às características pessoais, processos e práticas. Nesta subdivisão, obteve-se como resultado 23 equipes Muito Satisfatório. Estudos indicam que a formação continuada dos profissionais da ESF tem sido adotada não só como uma estratégia educacional mas também como uma mudança organizacional de melhoria global nos serviços de saúde, para que as pessoas atuem como atores reflexivos e construtores do conhecimento, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e melhorar o contato com o usuário no atendimento individual<sup>15</sup>. A educação permanente é importante para que os profissionais estejam sempre com novas ideias e propostas a fim de melhorar o trabalho em equipe e satisfazer o usuário.

A organização do trabalho refere-se também a estruturação dos processos de trabalho que a equipe realiza. Os resultados identificados na autoavaliação foram principalmente muito satisfatório (18 equipes). Sobre os processos de trabalho, verifica-se a necessidade das equipes de atenção básica planejarem, organizarem, desenvolverem e avaliarem suas ações e estratégias de modo a atender as necessidades da comunidade. Planejar é uma atividade essencial e indispensável na vida do ser humano, para todo e qualquer trabalho é necessário traçar estratégias e metas para serem seguidas e alcançadas<sup>16</sup>.

Relacionado à atenção integral à saúde, destaca-se o acolhimento da demanda programática e da demanda espontânea em todas as fases do desenvolvimento humano. Nesta subdivisão, obtiveram-se os seguintes resultados: Satisfatório 18 equipes e Muito Satisfatório 5 equipes. Nesse contexto, a ESF deve atender os usuários de nível primário e

acompanhar, monitorar e supervisionar nos demais níveis de atenção. Para estes aspectos, é importante que a atenção à saúde considere a integralidade dos sujeitos, compreendendo integralidade como um valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, que se expressa na forma como os profissionais respondem a necessidades dos pacientes que os procuram<sup>17</sup>.

No tocante à participação, controle social e satisfação do usuário, que envolve a participação da comunidade, usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias, nenhuma equipe foi considerada Muito Insatisfatório, no entanto relataram Insatisfatório e regular 5 equipes; em contrapartida, as demais demonstraram como Satisfatório, 21 equipes. Considerando que o papel dos profissionais é estimular usuários, famílias e comunidades a tornarem-se protagonistas, a desenvolver ações coletivas<sup>18</sup>, é importante que a equipe reconheça suas dificuldades para então intervir na população adscrita de modo a efetivar sua participação nas ações de saúde da comunidade. O laço com a comunidade permite a obtenção de informações qualitativas referentes à problemática social presente nos territórios<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

A avaliação de programas e serviços na atenção básica é um instrumento de suma importância no processo de melhoria do SUS e não deve ser encarada como um elemento punitivo, mas um meio para reformas nos sistemas de saúde.

O PMAQ-AB procura através da avaliação contribuir para mudanças significativas na qualidade das ações de saúde. Neste estudo, foram identificados a partir da autoavaliação dos profissionais os seguintes aspectos da unidade básica de saúde: infraestrutura e equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos, perfil da equipe, organização do trabalho, atenção integral à saúde e a participação, controle social e satisfação do usuário. Foi um momento em que gestores e equipe das unidades de saúde fizeram uma autoanálise do trabalho desenvolvido e através desta verificaram pontos positivos e negativos da unidade de saúde como um todo.

Neste ínterim, percebe-se que o PMAQ-AB contribui positivamente nas atividades das equipes de saúde, permitindo aos profissionais analisarem seu trabalho por meio de instrumentos a exemplo da autoavaliação estruturada, organizada e padronizada, identificando aspectos gerais da atenção básica, de modo a contribuir para que gestores tenham uma visão ampla da atenção, evidenciando de maneira objetiva as potencialidades e limitações, podendo conduzir as mudanças para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.

*É importante que a equipe reconheça suas dificuldades para então intervir na população adscrita de modo a efetivar sua participação nas ações de saúde da comunidade.*

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz; 2009. p. 531-62.
2. Bleicher L. Saúde para todos, já!. 2ª ed. Fortaleza: Expressão gráfica; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você-Acesso e Qualidade. Brasília: MS; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Brasília: MS; 2003.
5. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz; 2009. p.715-39.
6. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo; 2004. Avaliação; p. 84.
7. Hartz ZMA. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Avaliação.
8. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Saúde. Análise de dados e uso da informação no SUS. Prefeitura da Cidade de São Paulo [internet]; 2012 [citado em: 2012 set 12]. Disponível em: [http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/analise-de-dados-e-uso-da-informacao-no-sus/3a-turma/Painel\\_de\\_Monitoramento\\_SC\\_outubro\\_2008.pdf](http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/cursos/analise-de-dados-e-uso-da-informacao-no-sus/3a-turma/Painel_de_Monitoramento_SC_outubro_2008.pdf).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 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. Diário Oficial da União. 2011 jul 20; seção1.p. 79-80.
10. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindane JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais [periódico na internet]. 2009 jul [citado em 2012 set 12]; 1(1):1-14. Disponível em: [http://portaldoaluno.webaula.com.br/Biblioteca/Acervo/Basico/001655/Biblioteca\\_104444/pesquisa%20documental.pdf](http://portaldoaluno.webaula.com.br/Biblioteca/Acervo/Basico/001655/Biblioteca_104444/pesquisa%20documental.pdf).
11. Brasil. Censo 2010 [base de dados na internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [citado em: 2012 ago 05]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília: MS; 2012.
13. Melo CF, Munari DB, Sussekind ACO. O ambiente como aspecto impulsor e restritivo no trabalho em equipe na Saúde da Família. 63ª Reunião Anual da SBPC; 2011 jul 10-15; Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2011.
14. Viana LE, Albuquerque IMN, Lima CAS, Santiago AX, Teixeira VPP, Lima ARC. Avaliação estrutural dos centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará. VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde; 2006 Out 3-6; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
15. Feitosa LS, Lima MS, Machado MFAS, Costa CCC, Pessoa VM. Caracterização da educação permanente na estratégia Saúde da Família: o caso na Escola de Saúde Pública do Ceará. Revista Eletrônica Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará [periódico na Internet]. 2010 [citado em 2012 set 12]; 4(2):25-31. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/37/33>.
16. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2012 Jul 03]; 15(3):7-18. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iss](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iss).
17. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a Saúde. Revista Saúde e Sociedade. 2004;13(3):5-15.
18. Linhares JH, Pinto PD, Albuquerque IMN, Freitas CASL. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. Revista Eletrônica Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará [periódico na internet]. 2010 [citado em 2012 set 12];4(2):32-41. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/38/35>.
19. Garcia MAA, Miyamoto DA, Frigério RF, Merlin SS. A atuação das Equipes de Saúde da Família junto aos Idosos. Rev de APS. 2006;9(1):4-14.

