

AUTOAVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR ENFERMEIROS

SELF-EVALUATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY BY NURSES

AUTOEVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA POR ENFERMEROS

Wágna Maria de Araújo Oliveira^I
Ana Lúcia Queiroz Bezerra^{II}

RESUMO: Estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa e teve como objetivo analisar o contexto da estratégia saúde da família (ESF) nos municípios da Administração Regional de Saúde Oeste II de Goiás. Com base no Projeto da Avaliação para Melhoria da Qualidade do Ministério da Saúde, foi solicitado a 32 enfermeiros que respondessem a um questionário nos meses de maio e junho de 2009. A análise descritiva, realizada pelo programa Epi Info 3.5.1, mostrou que a maioria é constituída por mulheres (93,8%), com menos de 30 anos de idade (62,6%) e menos de cinco anos de formadas (56,4%). Quanto à estrutura da ESF, destaca-se a disponibilidade de medicamentos para a população. A organização dos serviços está pautada, principalmente, em atividades de vigilância em saúde e os resultados obtidos confirmam mudanças significativas na vida e na saúde da população, bem como o aumento ao acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; estratégia saúde da família; atenção básica em saúde; avaliação em serviço de saúde.

ABSTRACT: This exploratory descriptive quantitative study analyzed the context of the Family Health Strategy (FHS) in the municipalities of the West Regional Health Authority II of Goiás State. Based on the Ministry of Health's Quality Improvement Evaluation project, 32 nurses were asked to answer a questionnaire in May and June 2009. The descriptive analysis performed using Epi Info 3.5.1 showed that most were women (93.8%) under 30 years of age (62.6%) and had graduated less than five years earlier (56.4%). The salient feature of the FHS structure was the availability of drugs to the population. Service organization was based mainly on health surveillance activities and the results confirm significant changes in the life and health of the population, as well as increased access to health services.

Keywords: Nursing; family health strategy; primary health care; health service evaluation.

RESUMEN: Estudio exploratorio descriptivo de enfoque cuantitativo y tuvo como objetivo analizar el contexto de la estrategia salud de la familia (ESF) en los municipios de Occidente Autoridad Regional de Salud II de Goiás-Brasil. Basado en el proyecto de la Evaluación para Mejoramiento de la Calidad del Ministerio de la Salud, se pidió a 32 enfermeros para responder a un cuestionario en mayo y junio de 2009. El análisis descriptivo, realizado con el programa Epi Info 3.5.1, mostró que la mayoría son mujeres (93,8%), con menos de 30 años de edad (62,6%) y con menos de cinco años de graduados (56,4%). Cuanto a la estructura de la ESF, existe la disponibilidad de medicamentos para la población. La organización de los servicios se basa principalmente en actividades de vigilancia en salud y los resultados confirman cambios significativos en la vida y la salud de la población, así como un mayor acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Enfermería; estrategia salud de la familia; atención básica en salud; evaluación en servicio de salud.

INTRODUÇÃO

Para estruturar melhor a atenção básica em saúde (ABS) que se orienta pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o Ministério da Saúde (MS) propôs uma estratégia político-institucional de reorientação dos serviços de saúde, centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, denominada estratégia saúde da família (ESF)^{1,2}.

As equipes da ESF, compostas primeiramente por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), atuam, prioritariamente, em áreas periféricas, nas quais as pessoas estão expostas a maior risco de adoecer e morrer e, por tal motivo, com baixo nível de assistência e acesso aos serviços formais de saúde. Quando ampliadas, as equipes contam também com um dentista,

^IMestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Montes Belos. São Luis de Montes Belos, Goiás, Brasil. E-mail: wagna.enf@gmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professor Associado da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: analuciaqueiroz@uol.com.br.

um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental³⁻⁵.

No cenário nacional, a ESF expandiu-se e apresentou mudanças na gestão da prestação de serviços. Com isso, transformou o mercado de trabalho do setor de saúde, especialmente para os enfermeiros, conforme estudo realizado em Goiânia, onde 69,2% dos vínculos eram na ESF⁶.

Na Região Centro-Oeste, por exemplo, em 2008, a ESF tinha uma cobertura de 48,2% da população e no Estado de Goiás esse número era de 57,9%, sendo que a 1ª equipe foi implantada em 1998, no município de Buriti de Goiás que faz parte da Administração Regional de Saúde Oeste II (ARS Oeste II), cenário deste estudo⁷.

A ARS Oeste II administra 13 municípios com uma população de aproximadamente 100 mil habitantes, um total de 32 equipes de SF que contam com 32 enfermeiros, 32 médicos e 249 ACS, com cobertura de 100% da população em 11 municípios e os outros dois com cobertura de 98,2% e 70%.

Com a expansão da ESF em todas as regiões do Brasil, o MS, preocupado com a qualidade dos serviços oferecidos à população, criou o Projeto para Melhoria da Qualidade na ESF (AMQ). O AMQ é um modelo de autoavaliação, participativo e de adesão voluntária que é capaz de identificar os pontos passíveis de melhorias na ESF e pretende promover a cultura de avaliação e gestão da qualidade⁸.

Nesse sentido, utilizar o AMQ para analisar o contexto da ESF em municípios de pequeno porte, pioneiros na implantação dessa estratégia, é um grande desafio pelos padrões de excelência que ele contém. Entretanto, sua utilização possibilitará a identificação dos aspectos críticos e conduzirá os profissionais à reflexão acerca de sua função, para que estes programem suas ações baseadas nas necessidades reais dos serviços, da equipe e da população.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar o contexto da ESF nos municípios da ARS Oeste II de Goiás, com base no Projeto AMQ do Ministério da Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A ESF é uma proposta de reorganização da ABS que proporciona em um território definido a atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde⁸.

As experiências internacionais que despertaram, no Brasil, o interesse em promover a assistência integral às famílias foram desenvolvidas em quatro países: Inglaterra, Suécia, Canadá e Cuba. Entre estes, destaca-se Cuba que, desde 1984, desenvolve a

medicina familiar a prevenção de agravos, integração da vigilância epidemiológica e sanitária, pesquisa, produção própria de vacinas e vacinação sistemática da população. Além disso, investe em práticas educativas, na promoção da saúde e na formação e educação permanente dos profissionais^{9,10}.

No Brasil, dois fatores foram primordiais para a criação da ESF. O primeiro foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado pelo MS em 1991 no Ceará. Esse programa proporcionou a redução da mortalidade materna e infantil no nordeste do País e aumentou a cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas, através das visitas domiciliares supervisionadas e orientadas pelo enfermeiro. O segundo foi em Niterói – RJ, que, em 1992, instituiu, pioneiramente, o médico de família^{9,10}.

Primeiramente, a ESF foi implantada como Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, essa condição foi questionada devido à sua dinâmica de trabalho que fogia à dos programas convencionais. No ano de 1997, conseqüentemente, foi definida como estratégia por sinalizar o caminho possível para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a reorganização da assistência à saúde e conseqüente impacto no sistema como um todo¹¹.

Para enfrentar os desafios do alcance universal da equidade, da melhoria da qualidade e da humanização do cuidado, a ESF organiza-se em seis princípios básicos, definidos pelo caráter substitutivo; integralidade e intersetorialidade; territorialização; equipe multiprofissional; responsabilização e vínculo; e estímulo à participação da comunidade e ao controle social⁸.

A atuação da equipe abrange todas as etapas do processo saúde-doença e envolve as dimensões da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, além da assistência e tratamento e da reabilitação⁸.

Ao longo do tempo, a ESF influenciou de forma positiva a vida dos brasileiros. Dessa forma, pode-se destacar a redução da mortalidade materna e infantil pela ampliação do direito ao pré-natal, bem como o aumento no monitoramento das doenças não transmissíveis (DNT). Isso proporcionou a redução das internações por patologias, como o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) na população com 40 anos de idade ou mais e a criação do Hiperdia que permitiu cadastrar e acompanhar, após o diagnóstico, as pessoas portadoras de hipertensão e *Diabetes Mellitus*¹².

Em relação ao número de equipes implantadas e atuantes no Brasil, aumentou de 328 em 1994 para 30.328 até dezembro de 2009. Com isso, cresceu também a cobertura da população e conseqüentemente o acesso das pessoas aos serviços de saúde¹³.

A expansão do número de equipes de saúde da família, além de todos os benefícios, relacionados à

população, trouxe aos profissionais da saúde mais um campo de atuação e oportunidade de mais empregos.

Nesse contexto, a Portaria nº 648/2006, do MS, orienta a respeito das atribuições de cada profissional dentro da equipe. Entre eles, o enfermeiro se destaca por executar atividades de assistência, educação/formação, coordenação dos trabalhos dos ACS, equipe de enfermagem e, quase sempre, gerenciamento dos serviços⁴.

Para executar tantas atividades, o enfermeiro precisa desenvolver a competência gerencial que está presente na enfermagem desde a época de Florence Nightingale e que é enfatizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem^{14,15}. A ação gerencial do enfermeiro na ESF deve ser pautada como uma prática educativa capaz de direcionar os indivíduos à autoavaliação e à mudança de atitudes. Deve promover a geração de conhecimento, o desenvolvimento de competências, a definição de responsabilidades e estimular o planejamento e a avaliação dos serviços¹⁶.

O planejamento significa decidir com antecedência o que se pretende fazer, quem irá fazer, como, quando e onde fazer¹⁷.

A avaliação dá suporte aos processos decisórios e subsidia a identificação de problemas para a reorientação das ações e serviços desenvolvidos. No entanto, para planejar e avaliar, o enfermeiro precisa apoiar-se em um sistema de informação capaz de gerar indicadores que subsidiem esse processo^{2,16}.

Na ESF, o principal sistema de informação é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) criado pelo MS, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O SIAB produz os relatórios que permitem às equipes conhecer a realidade social e sanitária da população acompanhada, avaliar os serviços oferecidos e readequá-los sempre que necessário para melhorar a qualidade da assistência³.

Na gestão em saúde, a avaliação é um componente fundamental e oferece suporte aos processos decisórios, bem como subsidia a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços. Sua institucionalização requer o enfrentamento de aspectos técnicos, cultural-organizacionais e políticos. Além disso, contribui para a qualidade da atenção à saúde construindo processos estruturais e sistemáticos coerentes com os princípios do SUS².

Nesse sentido, a qualidade em saúde enfrenta o desafio de equilibrar a tensão entre o conceito amplo e multidimensional de valorização da vida, o aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais de saúde, o desenvolvimento tecnológico, a redução de riscos, a satisfação dos usuários e o uso racional dos recursos².

Além do SIAB que permite e favorece a geração dos indicadores, o MS oferece o Projeto AMQ⁸, o qual considera a tríade estabelecida por Avedis Dona-

bedian, médico armênio radicado nos Estados Unidos da América, que se tornou referência em estudos sobre qualidade em saúde. Sua tríade está pautada na estrutura, processo e resultado dos serviços¹⁸.

A estrutura envolve a disponibilidade de equipamentos e materiais, a qualificação e dimensionamento da equipe, recursos financeiros e logísticos bem como a estrutura organizacional do serviço. O processo refere-se à aplicação de conhecimento e tecnologia no processo de cuidar, como são realizadas as atividades administrativas, fluxos, a observação dos protocolos e os aspectos éticos nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários. Os resultados são as mudanças observadas no atendimento prestado à população, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários, dos gestores e dos prestadores de serviços^{18,19}.

Para viabilizar o processo de autoavaliação da ESF, o AMQ é composto de cinco instrumentos que avaliam sequencialmente o desenvolvimento dessa estratégia no município, a coordenação técnica das equipes, os indicadores de infraestrutura, a consolidação do modelo de atenção à saúde e as ações de saúde desenvolvidas pela equipe. Para avaliar os resultados destes instrumentos, foram estabelecidos cinco padrões de qualidade que significam: E – qualidade elementar; D – qualidade em desenvolvimento; C – qualidade consolidada; B – qualidade boa; A – qualidade avançada⁸.

A adesão ao AMQ representa o compromisso institucional de contribuir para a melhoria da qualidade na ABS, por meio da ESF. Há a proposta de uma metodologia de gestão da qualidade em saúde, desenvolvida especificamente para este modelo de atenção, tendo como eixos centrais o estabelecimento de parâmetros de qualidade, a avaliação como instrumento de gestão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde.

Para tanto, o AMQ é um importante documento que reafirma a preocupação do MS com a qualidade dos serviços na ESF. No entanto, sua implantação nos municípios não é obrigatória e não traz nenhum incentivo financeiro. Depende única e exclusivamente do interesse do gestor municipal de saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva exploratória de natureza quantitativa, realizada nos municípios da ARS Oeste II – GO, entre os meses de maio e junho de 2009.

A população do estudo foi composta pelos 32 enfermeiros que compõem as 32 equipes de SF da ARS Oeste II, sendo um enfermeiro para cada equipe.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autoaplicável com 72 questões, organizado em escala tipo Likert e construído com base nos instrumentos do AMQ^{8,20}.

A escala tipo Likert mede uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação. O entrevistado apresenta seu ponto de vista sobre uma questão em uma escala graduada com variação de intensidade entre dois extremos. Entre os extremos, podem ser atribuídas opções de escolha de 1 a 5 ou de 1 a 7 graus. As questões são ordenadas, igualmente espaçadas e com o mesmo número de opções em todos os itens²⁰.

Tal questionário foi validado, verificando sua aplicabilidade, clareza dos enunciados e tempo para seu preenchimento.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica, codificados e analisados pelo programa Epi Info (CDC, Atlanta) versão 3.5.1. A análise descritiva foi desenvolvida utilizando frequências absoluta e relativa.

A investigação foi realizada após autorização dos gestores municipais de saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, por meio do protocolo n° 017/2009. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução n°196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Dos 32 enfermeiros que participaram do estudo, 30(93,8%) eram mulheres e 20(62,6%) tinham menos de 30 anos de idade, configurando uma população jovem. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Peru, no Ceará, em Goiás e no Rio Grande do Sul^{6,21-24}.

Em relação ao tempo de formado, 18(56,3%) concluíram a graduação há menos de cinco anos. Quanto ao tempo de atuação na ESF, 15(46,8%) tinham entre dois e quatro anos, sendo que mais da metade 18(56,3%) atuava na equipe atual há menos de um ano. Esse resultado está em conformidade com os estudos realizados em Ipatinga (MG) e Goiânia (GO)^{24,25}.

Quanto à capacitação para atuar na ESF, 17(53,1%) fizeram especialização em saúde da família, o que demonstra a preocupação dos enfermeiros com sua qualificação.

Pelo trabalho realizado na ESF, 17(53,1%) afirmaram receber entre 3 e 4 salários mínimos vigentes na época, cujo valor unitário era de R\$465,00. Tal faixa salarial está abaixo da média relatada em estudos feitos em outros locais^{24,25}.

Estrutura organizacional dos serviços

A instalação física das Unidades de Saúde da Família (USF) foi considerada sempre ou quase sempre adequada para o desenvolvimento das ações de saúde por 21(65,7%) dos sujeitos. No entanto, 24(75%) rela-

taram que nunca ou raramente existe um espaço adequado para as reuniões da equipe e para o desenvolvimento de educação permanente com os profissionais. Os problemas com a estrutura física das USF são relatados em outros estudos realizados no Brasil e interferem na qualidade do atendimento aos usuários e na integração dos profissionais da equipe^{26,27}. A existência de um espaço específico e equipado com mesa, cadeiras, computador e material didático pode estimular os profissionais a fazer reuniões periódicas para planejar a ações a serem desenvolvidas e também o desenvolvimento de atividades de educação permanente como capacitações e atualizações. Nesse aspecto, ficou evidenciado que as USF não atendem às necessidades da equipe.

A disponibilidade de medicamentos para os usuários, considerando a quantidade e os tipos, segundo 20(62,5%) enfermeiros, quase sempre atende à demanda. A distribuição sistemática de medicamentos na ESF é considerada um facilitador no acesso da população aos serviços de saúde em decorrência da continuidade do tratamento, mas não pode caracterizar o encerramento da relação do usuário com a unidade²⁸.

Os materiais e insumos utilizados para as atividades educativas dividiram a opinião dos enfermeiros, pois 14(43,8%) disseram que frequentemente ou quase sempre, estes estão disponíveis na USF, enquanto 10(31,3%) responderam raramente. As dificuldades para a implementação de práticas cotidianas de ações educativas levam as equipes a realizarem basicamente atividades em grupos ou de acordo com as doenças e epidemias do momento. Por outro lado, quando realizada adequadamente, a educação em saúde fortalece a participação popular, promove a interação com os usuários, identifica as situações de risco e faz da comunicação um importante instrumento terapêutico e promotor da saúde, além de estimular os usuários a fazerem suas próprias escolhas²⁹.

Vigilância em saúde

Em relação à vigilância em saúde, 22(68,8%) afirmaram que sempre ou quase sempre os indicadores influenciam no planejamento e dinâmica de trabalho da equipe, 18(56,3%) entrevistados disseram que o diagnóstico de área sempre ou quase sempre é realizado para identificar os problemas mais frequentes da população e 24(75,0%) que a implementação das ações sempre ou quase sempre é realizada por meio do acompanhamento da situação de saúde da população.

Na ESF, a vigilância em saúde estimula a coresponsabilização e a participação social, além de auxiliar os profissionais na condução das atividades da equipe por meio dos indicadores epidemiológicos que permitem o planejamento de ações diferenciadas para as famílias que se encontram em situação de risco^{30,31}.

O diagnóstico de área ainda não é realizado por todas as equipes, desvalorizando o principal mecanis-

mo preconizado pelo MS para a identificação dos fatores de risco e o direcionamento das ações na ESF.

Trabalho em equipe

Quanto ao consolidado dos dados, 13(40,7%) enfermeiros afirmaram que nunca ou raramente é realizado em equipe, ao passo que 13(40,7%) garantiram que sempre ou quase sempre é realizado em equipe. De acordo com 16(50%) enfermeiros, os resultados do trabalho da equipe sempre ou quase sempre são divulgados durante as reuniões e 10(31,2%) concordaram que raramente ou nunca adotam essa prática. Porém, segundo 21(65,6%) entrevistados, nas atividades de promoção da saúde, sempre há participação de todos os componentes da equipe.

O trabalho em equipe é intrínseco à ESF e representa um dos eixos da organização da prática dos profissionais favorecendo a integralidade do cuidado⁸. Como coordenador de equipe, o enfermeiro deve ser um incentivador e promotor dessa prática com o objetivo de atingir maior produtividade e melhorar a qualidade do serviço prestado²⁴.

Conforme os resultados apresentados, é possível perceber que o trabalho em equipe ainda não está consolidado na ESF da ARS Oeste II, o que pode exercer influência direta na qualidade dos serviços e causar sobrecarga de trabalho em alguns profissionais. Outro fato que chama a atenção é a baixa divulgação dos resultados dos trabalhos durante as reuniões da equipe. A divulgação dos resultados é importante para a avaliação conjunta dos serviços e para motivar os profissionais na busca da qualidade.

Mudanças da realidade

Conforme 14(43,8%) enfermeiros, sempre ou quase sempre é legítima a participação popular e o controle social na ESF e para 19(59,4%), sempre ou quase sempre são adotadas medidas para esclarecer a população sobre as ações desenvolvidas. Quanto ao impacto da ESF na vida da população, 27(84,4%) entenderam que sempre ou quase sempre é visível a melhoria na qualidade de vida e 26(81,3%) relataram que sempre ou quase sempre percebem melhoria na saúde da população.

A participação popular e o controle social são acontecimentos recentes e representam o compromisso da sociedade com os serviços de saúde, por meio de reivindicações de melhorias e da avaliação das ações realizadas. É um processo de aprendizagem processado nas diferenças sociais, culturais e religiosas³².

As mudanças percebidas na vida da população estão em conformidade com as demonstradas nos indicadores de saúde divulgados pelo MS e por estudos que abordaram esse tema^{12,24}.

CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou realizar a autoavaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, específica para uso na ESF.

Embora este artigo seja um recorte do processo efetuado, possibilitou o alcance dos objetivos propostos a partir do reconhecimento de aspectos fundamentais da estrutura no ambiente de trabalho da ESF nos municípios da ARS Oeste II de Goiás, do processo de trabalho relativo às ações dos profissionais junto ao serviço e ao atendimento à população, assim como apontou os resultados que indicam as mudanças locais com a implantação da ESF.

Partindo dessa compreensão, apesar das dificuldades relacionadas ao ambiente físico, destacou-se a existência de um programa de distribuição sistematizada de medicamentos para a população que amplia a possibilidade de prevenção, tratamento e cura de agravos à saúde.

Quanto ao processo de trabalho, está organizado conforme os princípios da ESF, principalmente em relação à vigilância em saúde que norteia o planejamento das ações a serem desenvolvidas. No entanto, o trabalho em equipe ainda não está consolidado em grande parte das USF referentes a esta pesquisa.

Ao considerar a organização dos serviços, o processo de trabalho e os resultados alcançados, pode-se afirmar que a ESF analisada está alcançando os objetivos propostos pelo MS, pois tem provocado mudanças positivas na vida da população e ampliado o acesso aos serviços de saúde.

Pretende-se, a partir deste estudo, construir propostas para divulgação desses resultados junto aos gestores dos municípios campo da pesquisa para que os mesmos respeitem a AMQ e oportunizem o processo de autoavaliação na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13:1027-34.
2. Ministério da Saúde (Br). Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF) 2005.
3. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1886. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de

- Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
6. Carrijo CIS, Bezerra ALQ, Munari DB, Medeiros M. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15:356-63.
 7. Ministério da Saúde (Br). Histórico de cobertura da ESF no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
 8. Ministério da Saúde (Br). Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Documento Técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
 9. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*. 2005; 15(Supl.):225-64.
 10. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no programa saúde da família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc saúde colet*. 2005; 10(Supl.):297-302.
 11. Ribeiro EM, Pires D, Blanck VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:438-46.
 12. Ministério da Saúde (Br). Painel de indicadores do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
 13. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Atenção Básica. Relatório da estratégia saúde da família. Brasília (DF): Ministérios da Saúde; 2009.
 14. Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciênc saúde colet*. 2005; 10:119-27.
 15. Conselho Nacional de Educação (Br). Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Conselho Nacional de Educação; 2001.
 16. Passos JP. A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro [tese de doutorado]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2004.
 17. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Ateneu; 2005.
 18. Donabedian A. Basic approaches to assessment structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment an monitoring. Michingan (USA): Health Administration Press; 1980. p.77-125.
 19. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16:11-27.
 20. Alexandre JWC, Andrade DF, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batista MJ. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. *Procedente do XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção*; 2003 out 21-4; Ouro Preto, MG, Brasil. [citado em 18 de novembro de 2009]. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGETP2003_TR0201_0741.pdf.
 21. Barba MC, Martos MVEF, Fonseca RMGS. O trabalho da enfermeira no Peru. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8:102-7.
 22. Ximenes Neto FRG, Guimarães FR, Sampaio JJC. Gerentes de território na estratégia saúde da família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:687-95.
 23. Ojeda BS, Eidt OR, Carabarro S, Corbellini VL, Creutzberg M. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61:78-84.
 24. Rocha BS, Munari DB, Bezerra ALQ, Melo LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do programa saúde da família: perfil profissional. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:229-33.
 25. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga /MG – Brasil. *Rev APS*. 2008; 11:380-8.
 26. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc saúde colet*. 2006; 11:669-81.
 27. Araújo MFS, Veras KFO. Processo e precarização do trabalho no programa saúde da família. *RECS*. 2009; (14):41-56.
 28. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 18:345-55.
 29. Cervera DPD, Parreira BDM, Goulart B. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica, em Uberaba – MG. *Ciênc saúde coletiva* [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2008 [citado em 05 ago 2010]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3173.
 30. Vilasbôas ALQ, Teixeira CF. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. *Saúde da Família*. 2007; 8(16):63-7.
 31. Santos MHAV, Figueiredo MIT, Borges O, Santana ZH, Monego ET. Diagnóstico em saúde coletiva: ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família no setor Vila Nova, Gurupi (TO). *Rev UFG*. 2004 dez; 6(Esp.). [citado em 22 abr 2009]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/I_coletiva.html.
 32. Arantes ISA, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto contexto enferm*. 2007; 16:470-8.