

A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO ADSCRITA SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA:

Conhecimentos e Potencialidades

CUNHA, Mariana Rabello¹; BRASIL, Luciana de Oliveira Fumian²; OLIVEIRA, Cristiano Guilherme Alves³; NUSS, Sara Macedo⁴; OLIVEIRA, Sandra Helena de⁵
FILHO, Dinart Rocha¹ & CARVALHO, Arandir de Souza^{1,6}

¹ Faculdade Santo Antônio de Pádua - FASAP. Discente do curso de enfermagem. Rio de Janeiro. Brasil.

^{2,3} Universidade de Nova Iguaçu - UNIG, Campus V. Professor (a) do curso de Farmácia. Rio de Janeiro. Brasil.

^{4,5,6} Universidade de Nova Iguaçu - UNIG, Campus V. Professor (a) do curso de Enfermagem. Rio de Janeiro. Brasil.

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade a percepção da população adscrita sobre a equipe de saúde da família no contexto da atenção básica. Em decorrência disso, este estudo teve como objetivo, avaliar o conhecimento da população adscrita na Estratégia Saúde da Família 009 Gabry do Município de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, acerca da composição da equipe de saúde da família à luz dos fundamentos e diretrizes gerais da atenção básica. As bibliografias de maior relevância utilizadas foram manuais e informes técnicos do Ministério da Saúde (2015); Marconi e Lakatos (2003); Mendes (2011) e Arantes (2007). Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com uma abordagem quantitativa exploratória tendo como questão norteadora: “A população cadastrada na Estratégia Saúde da Família 009 Gabry, do Município de Santo Antônio de Pádua – RJ conhece os profissionais da equipe de saúde da família que a assistem”? Os resultados obtidos demonstraram que a maioria da população conhece algumas categorias

profissionais que compõem a equipe de saúde da família de sua área de abrangência, mas carece de conhecimentos quanto às reais atribuições específicas dos mesmos como também apresentam déficit quanto ao conhecimento dos pressupostos que norteiam a Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: atenção básica; equipe de saúde da família, conhecimento popular; saúde da família.

mariloira_rc@hotmail.com. Telefone: (22) 9 81319310

Categoria: Artigo Original

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de sua evolução, o setor saúde foi resultante de fatos marcantes e características indispensáveis para a elaboração de políticas públicas voltadas à população. O movimento sanitário foi fator decisivo para que se criasse um sistema de saúde fundamentado em um arcabouço jurídico e legal instrumentalizado por fundamentos, princípios e diretrizes (CONASS, 2004).

O movimento sanitário contribuiu para a discussão de criação de um sistema que buscava tornar hegemônica a ideia de saúde como direito de cidadania em todo o território nacional segundo Teixeira (2003), e ainda que houvesse fundamentação legal acerca do tema.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de embates teóricos e políticos que favoreceram o entendimento, a confirmação e a ampliação dos direitos dos cidadãos à saúde. Com a melhoria das condições de saúde dos cidadãos e a promoção do acesso ao sistema de saúde criou-se na década de 90 (noventa) o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual foi reconhecido como um instrumento de reorganização da atenção básica (ESCOREL, 2007).

Houve também a necessidade de se pensar em uma política nacional de atenção básica (PNAB) que reorientasse o modelo assistencial e readequasse as ações e os serviços de saúde da população de forma a conceber o território sanitário

e as condições de vida como fatores inerentes ao ser humano (MATTA; MOROSINI, 2015).

Salientando, a atenção básica consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, exercida por uma equipe multiprofissional, a qual combina técnicas e tecnologias a fim de tentar resolver e/ou minorar os danos e sofrimentos nos âmbitos individuais e coletivos, além de proporcionar que as ações tenham maior alcance, eficiência e eficácia. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com princípios constitucionais da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispõe a participação popular e o controle social dentre várias responsabilidades das esferas de governo e atribuições profissionais, sendo assim, fator essencial e decisivo para o planejamento estratégico situacional, a otimização das ações e afirmação da saúde como direito (BRASIL, 2012).

A Saúde da Família é uma estratégia prioritária do governo federal que têm como alguns atributos relacionados ao processo de trabalho: a atuação de uma equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária pela população adscrita; o alcance de indicadores que reduzam, de fato, o número de internações por condições sensíveis; a realização de ações e serviços com maior qualidade e cada vez mais próximos das vidas das pessoas, contribuindo para o vínculo e a continuidade do cuidado, bem como o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2012).

O conhecimento é um processo em permanente construção resultante da transformação dos dados em informação gerado a partir de um contexto de novas e velhas informações adquiridas (GUIZARDI, 2009).

Este processo não pode acontecer de forma individual e fragmentada no cotidiano assistencial dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família (eSF), uma vez que a promoção do cuidado à saúde da população adscrita no domicílio, na unidade de saúde da família e/ou na comunidade é uma das atribuições comuns a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família (FERREIRA, 2005).

O enfermeiro deve se responsabilizar por ações constitutivas, as quais são voltadas à gestão, ao cuidado e à participação popular. Para a programação e a

implementação de suas ações de forma individual e coletiva, a equipe de saúde da família (eSF) deve realizar o planejamento estratégico situacional de acordo com a necessidade de saúde da população (BORBA, 2011).

A atual proposta para a organização dos serviços de saúde para dar conta do manejo das doenças e maximização da atenção à saúde são as redes de serviços, os quais vão contra ao modelo piramidal, hierarquizado, racionalizador que define o território como um espaço engessado, organizado por níveis de complexidade crescentes e circunscritos a uma determinada área geográfica (BRASIL, 2012).

Assim, o controle social e a participação popular garantem que os cidadãos participem ativamente do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde, atuando no processo dos processos que envolvem o diagnóstico de ambiência, o planejamento estratégico situacional e a programação e implementação de ações e serviços de saúde no território adstrito (FIGUEIREDO, 2009).

O presente estudo apresenta como objetivo central avaliar o conhecimento da população adscrita na Estratégia Saúde da Família (ESF) 009 Gabry do Município de Santo Antônio de Pádua acerca da equipe de saúde da família (eSF), a partir do qual será possível demonstrar a percepção da população sobre alguns fundamentos e as diretrizes gerais da Atenção Básica, bem como, discutir as atribuições dos membros da equipe de saúde da família (eSF) à luz da visão da clientela assistida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada na presente investigação resume-se em um estudo epidemiológico descritivo com uma abordagem quantitativa exploratória para o qual foi elaborada um instrumento semiestruturado.

A pesquisa foi realizada no Município de Santo Antônio de Pádua, localizado na região Noroeste Fluminense, a qual é uma das 06 (seis) mesorregiões pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro, composta por 13 (treze) municípios e 02 (duas) microrregiões, Santo Antônio de Pádua e Itaperuna (IBGE, 2015).

O cenário da pesquisa foi composto pela Unidade Básica de Estratégia da Saúde da Família (ESF) 009 (nove) Gabry, situada no Bairro Gabry, na Avenida Pedro de Souza, s/nº em Santo Antônio de Pádua, a qual possui uma equipe de saúde da família (eSF) e uma equipe de saúde bucal (eSB), modalidade I com responsáveis pela população adscrita.

A equipe de saúde da família (eSF) é composta por 13 (treze) profissionais, sendo: 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira, 01 (uma) auxiliar de enfermagem, 01 (uma) cirurgiã-dentista (CD), 01 (uma) auxiliar em saúde bucal (ASB) e 08 (oito) agentes comunitários de saúde (ACS).

Inaugurada recentemente, no dia 10 (dez) de fevereiro de 2015 (dois mil de quinze), a equipe de saúde da família (eSF) lotada nesta unidade têm responsabilidade sanitária por 1.218 (um mil, duzentos e dezoito) famílias cadastradas, sendo destas, 3.469 (três mil, quatrocentos e sessenta e nove pessoas), com 1.598 (um mil, quinhentos e noventa e oito) do sexo masculino e 1.871 (um mil, oitocentos e setenta e uma) do sexo feminino.

A coleta de dados foi desenvolvida durante os dias de trabalho, em diversos turnos, durante a jornada de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com a disponibilidade e planejamento do processo de trabalho, por meio das visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das microáreas, nas quais os clientes adultos estão adscritos, no período compreendido entre os meses de junho a julho do ano de dois mil e quinze.

Para o início da coleta dos dados primários realizou-se um diagnóstico de ambiência junto à equipe de saúde da família (eSF) com o levantamento epidemiológico do número de adultos cadastrados no sistema de informação da atenção básica com estratificação em relação ao gênero. Foi confeccionado um questionário semiestruturado composto por treze perguntas fechadas com quatro alternativas cada.

Logo, foram pesquisadas, por meio da técnica de amostragem simples, uma amostra por conveniência de cem pessoas acima de 18 (dezoito) anos de idade.

Os sujeitos da pesquisa que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde (MS), referente ao estudo envolvendo seres humanos, o qual não apresentou riscos à saúde e à integridade física e moral dos participantes, pois

se tratou de um estudo com objetivo de demonstrar a percepção da população sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) 009 (nove) Gabry do Município de Santo Antônio de Pádua.

Após a aplicação do instrumento, o valor total obtido com o somatório da pontuação de cada variável foi utilizado para a consolidação dos dados e análise descritiva.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa foram analisados por meio da epidemiologia descritiva estabelecidos em tabelas em formato de barras de porcentagem, para isso foi realizada a execução dos gráficos no programa EXCEL 2007 e viabilizados para exibição no WORD 2007, conforme demonstrado abaixo.

Tabela 1 - Conhecimento da população quanto ao Médico.

	População	Percentual
Sim	63	63%
Não	37	37%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 2 - Conhecimento da População quanto ao Enfermeiro

	População	Percentual
Sim	64	64%
Não	36	36%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 3 - Conhecimento da População quanto ao Técnico de Enfermagem

	População	Percentual
Sim	57	57%
Não	43	43%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 4 - Conhecimento da População quanto aos Agentes Comunitários

	População	Percentual
Sim	48	48%
Não	52	52%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 5 - Demonstração do conhecimento da população quanto aos fundamentos e diretrizes gerais da Atenção Básica

	População	Percentual
Sim	47	47%
Não	53	53%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 6 - Demonstração do conhecimento da população quanto as características do trabalho da Equipe de Saúde da Família

	População	Percentual
Sim	47	47%
Não	53	53%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Tabela 7 - Grau de Satisfação da População quanto aos serviços da Equipe de Saúde da Família

	População	Percentual
Ruim	7	7%

Regular	23	23%
Bom	30	30%
Ótimo	40	40%
Total	100	100%

Fonte: Dados do autor.

Mais da metade da população pesquisada acerca das atribuições do médico como membro da equipe de saúde da família (eSF) 009 Gabry, como relata o gráfico 01 (um), assinalou a opção correta acerca do nome do médico, demonstrando identificar o profissional que a assiste no cotidiano assistencial.

No gráfico 02, os resultados revelam que a maioria da população sabe identificar o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Este resultado nos faz pensar que há um estreitamento do vínculo entre este profissional e a população, uma vez que o enfermeiro deve estar sempre em contato com o indivíduo, realizando atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências em todos os pontos de atenção à saúde: na unidade, no domicílio e em quaisquer outros espaços que comportem as ações planejadas.

Segundo os resultados da pesquisa realizada por Santos e Ribeiro (2010), os usuários da unidade de saúde da família, na maioria das vezes, referenciavam o trabalho do enfermeiro como sendo muito bom. Porém, não sabiam identificar quais atividades são desempenhas por este profissional. Atividades como, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações e coordenar o trabalho da equipe de enfermagem.

O enfermeiro é um profissional capaz de estabelecer um vínculo individual e flexível, valorizando o sujeito, tendo em vista que a empatia empregada na assistência, mencionada na Política Nacional de Humanização (PNH), é um importante fator para o estabelecimento de vínculos solidários em que o enfermeiro demonstra atenção, carinho e respeito ao paciente (SOUZA et al., 2012).

Para o enfermeiro, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012) define como algumas de suas atribuições: realizar consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo, conforme protocolo e outras normativas

técnicas e também realizar atenção à saúde aos indivíduos em todas as fases do ciclo de vida, inclusive a mulher em período gestacional.

Já o resultado apresentado no gráfico 03 (três) sobre o conhecimento da população adscrita na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) 009 Gabry acerca da identificação do profissional técnico/auxiliar de enfermagem não é tão favorável como os anteriores, pois há um percentual considerável da população que ainda não o referencia como membro da equipe.

De acordo com Ogata e França (2010), os técnicos/auxiliares estabelecem maior contato com o paciente e família gerando um laço de confiança entre o trabalhador e o usuário no âmbito da saúde da família proporcionando um aprofundamento do vínculo terapêutico.

Ao se analisar os dados disponíveis com base no gráfico 04, mais da metade da população não reconhece o profissional agente comunitário de saúde que a assiste em sua respectiva microárea. Este resultado nos faz refletir que, sendo o agente comunitário de saúde (ACS) o profissional reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) como o elo de ligação entre a equipe de saúde da família (eSF) e a comunidade, a população pode não estar sendo assistida cotidianamente em seu contexto sociopolítico e cultural por meio da visita domiciliar.

Martins, Garcia e Passos (2008) afirmam que o vínculo da população com os agentes comunitários de saúde (ACS) gera uma confiança, a qual contribui para o sucesso do trabalho da equipe. Notoriamente esta confiança pode se dar pelo fato de que estes profissionais já façam parte da comunidade assumindo a função de informante-chave entre a equipe e as famílias, pois, é este quem está diretamente inserido no cotidiano das mesmas, conhecendo seus hábitos, costumes, problemas familiares e necessidades, facilitando e norteando o trabalho dos demais profissionais da equipe.

As famílias devem receber no mínimo uma visita por mês do agente comunitário de saúde (ACS) a fim de que o mesmo possa acompanhá-las, orientá-las e informá-las sobre a diversidade e a disponibilidade dos serviços em suas unidades de saúde e nos espaços comunitários empoderando estes atores sociais a serem copartícipes no processo do seu próprio cuidado.

Os gráficos 05 e 06 demonstram que, mesmo a população sendo adscrita em um território sob responsabilidade sanitária contínua da equipe de saúde da família

(eSF), a mesma não sabe conceber a atenção básica e suas fundamentações o que repercute também no déficit de conhecimento da população acerca das características de trabalho dos membros da equipe multiprofissional, não sabendo informar e diferenciar os principais procedimentos realizados pela equipe de forma individual e compartilhados.

Os trabalhadores que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) devem atuar buscando soluções inovadoras e criativas, aliando o senso crítico à prática humanizada, com responsabilidade durante o cumprimento de suas atribuições e buscando a resolubilidade das questões de saúde das pessoas sob sua responsabilidade baseado num modelo de informação que garanta a continuidade das ações (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica é que a programação e a implementação das atividades de atenção à saúde sejam planejadas de acordo com a necessidade da população. Logo, se a população não reconhece as ações e os serviços que fazem parte da atenção básica, pressupõe-se que a mesma não participa das reuniões de conselho local de saúde para o planejamento e a avaliação de suas necessidades de cuidado.

O Ministério da Saúde (MS) (2012) define como uma das atribuições comuns a todos os profissionais que trabalham na atenção básica, a realização de reuniões de equipes e com a comunidade a fim de discutirem em conjunto o planejamento e avaliação das ações, a partir da utilização dos dados disponíveis das necessidades de saúde da população.

O gráfico 07 demonstra, em percentuais, o grau de satisfação da população quanto aos serviços prestados pela equipe de saúde da família (eSF). A maior parte da população está satisfeita, e apenas 30% (trinta por cento) relatam os serviços prestados como regular e ruim.

Uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) na tentativa de coletar dados primários e gerar informações acerca da satisfação dos usuários assistidos pela equipe de saúde da família está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este novo modelo de avaliação das ações da atenção básica pretende reforçar o estreitamento do vínculo, do acesso e da responsabilização da equipe como compromisso do setor população (BRASIL, 2015).

De acordo com o Decreto 7.508/2011, o qual regulamente a Lei n.8.080/90, as três diretrizes básicas que compõem o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) assumidas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplam a avaliação do usuário, sendo: o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços; a apuração permanente das necessidades e interesses dos usuários e a publicidade dos direitos e deveres dos usuários.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo tece como aspectos conclusivos o fato de que a atenção básica se estruturará como centro ordenador de uma rede de atenção à saúde descentralizada e capilarizada quando a população assumir os espaços públicos a fim de fortalecer o controle social nos aspectos operacionais e administrativos.

Consegue-se através da análise, retirar conclusões sobre a importância da informação e do controle social como instrumentos organizadores, estruturadores e fortalecedores das ações e dos serviços de saúde. Espera-se que estes sejam organizados por meio de uma gestão compartilhada que vise à integralidade da atenção da população.

Acerca do conhecimento geral da população sobre os profissionais que compõem a equipe de saúde da família (eSF) do Bairro Gabry este estudo demonstrou que mais de 50% (cinquenta por cento) da população conhece cada categoria profissional que compõe a equipe mínima de saúde da família considerada individualmente com exceção ao profissional agente comunitário de saúde, para o qual 52% (cinquenta e dois por cento) da população não o soube identificar como membro da equipe.

Este é um fato relevante, pois uma das atribuições do agente comunitário de saúde (ACS) como integrante da equipe de saúde da família (eSF) é realizar uma visita/família/mês à população adscrita. Partindo do princípio que mais da metade da população deste estudo não o reconhece como membro da equipe, sugere-se que as visitas domiciliares estejam sendo realizadas de forma incipiente e que a equipe de saúde da família (eSF) esteja trabalhando com déficit de informações para o processo de construção do conhecimento, uma vez que este profissional é

reconhecimento como o elo de ligação entre a equipe e a população pela qual assume responsabilidade sanitária (ARANTES, 2007).

Tal fato proporciona a reflexão sistemática acerca da participação da população no contexto das políticas públicas locais, uma vez que as ações e os serviços de saúde devam ser organizados de modo a possibilitarem o empoderamento dos cidadãos no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Todavia, se a população for considerada paciente e não ator social responsável pela co-produção do seu próprio cuidado, as ações dificilmente se estruturarão na lógica da descentralização e da capilarização gerando ainda mais fragmentação da informação (BRASIL, 1997).

Os profissionais da equipe de saúde da família (eSF) devem se estruturar de forma que possa atender de forma individual e coletiva toda a população não deixando que os serviços sejam dispensados.

Cabe ressaltar que o processo de conhecimento é algo permanente, não se coloca um ponto final com o término deste estudo, podendo assim gerar espaço para futuras reflexões com outros pensamentos e outras consolidações de dados acerca do conhecimento da população sob a equipe de saúde da família (eSF).

5. REFERÊNCIAS

ARANTES, C. I. S et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, jul./set. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Bolsa Família. **Controle Social**. Brasília. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/controlesocial>. Acesso em: 08 agosto. 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BORBA, P. C. **Curso introdutório em saúde da família para coordenadores da ESF**. Unidade I. Fortaleza, 2011.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques.; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 915-23, mar./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>>. Acesso em: 21 set. 2015.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 2, n. 2, p. 164-176, 2007.

FERREIRA, Arlindo Gonçalves. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005.

FIGUEIREDO, Luana Alves de. **Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão**. 2009. 121p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jan./ jun. 2004.

MARTINS, Julieta de Souza; GARCIA, Júnior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Revista Enfermagem Integrada. **Estratégia Saúde da Família: População Participativa, Saúde Ativa**. Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 16 de jun. 2015.

OGATA, Márcia Niituma; FRANÇA, Yaisa. **Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família**. 2010.

SANTOS, Roniélha Moreira; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. **Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro**. Revista Cogitare Enferm. Out/Dez 2010.

SOUZA, Patrícia Alves; BATISTA, Renata Cristina Rocha; LISBOA, Stefania da Fonseca; Costa, Verônica Botelho; MOREIRA, Luzimar Rangel. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, vol 17.1. 2012. UFMG-MG.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção á saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano V, n. 7, p. 10-23, 2003/2004.