Perfil socioprofissional e formação de profissionais que integram Equipes de Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul: um estudo de caso ¹

Socio-professional profile and formation of the professionals that are part of Family Health Teams of the interior of Rio Grande do Sul: a study case

Perfil socio-profesional y de formación de los integrantes de los equipos de salud de la familia del interior del Rio Grande do Sul: un estudio de caso

**Tatiele Galli Zanetti²
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini³
Isabel Cristina Pacheco Van Der Sand⁴
Paola Braz de Abreu⁵,**

RESUMO:

Pesquisa quantitativa, descritiva, com o objetivo de caracterizar o perfil socioprofissional e de formação dos integrantes de Equipes de Saúde da Família (ESF) do interior do Rio Grande do Sul, na região Noroeste, especificamente da 14^a Coordenadoria Regional de Saúde. A coleta procedeu-se a partir de questionário relativo ao perfil e ao processo de formação dos profissionais, contando com 330 participantes, sendo a maioria representada por trabalhadores do sexo feminino, em idade produtiva, casados, com filhos. Quanto ao ano de ingresso em equipes da ESF, houve predomínio nos anos de 2000 a 2004, embora desde 1985 tenha se iniciado o processo de contratação de profissionais para atuar em equipes dessa natureza, evidenciando pioneirismo em relação à reformulação no modelo assistencial à saúde vigente. Constata-se baixa rotatividade dos profissionais nas equipes, o que pode qualificar a atenção prestada, já que a permanência junto às comunidades permite formação de vínculo e favorece a interação junto às mesmas. Quanto à formação dos trabalhadores há iniciativas para a realização de cursos, especializações e/ou residências, o que tende a refletir na atenção básica, no cuidado às pessoas e suas famílias, no seguimento da estratégia de saúde e do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Recursos Humanos em Saúde; Família.

ABSTRACT:

Descriptive and quantitative research, out to characterize formation and socio-professional profile of Family Health Teams integrants of the interior of Rio Grande do Sul, in the northwest, specifically the 14th Regional Health Coordination. The data collection was made from a questionnaire on the profile and the process of formation of the professionals, counting with 330 participants, the majority represented by female workers, in productive age, married, with children. As to year of entry into teams of FHT, was predominant in the years 2000 to 2004, although since 1985 the process of hiring professional to work in these

---

¹ Extraído de pesquisa financiada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/UNIJUI. Programa de Pesquisa Políticas Públicas, Planejamento e Gestão em Saúde do Depto. de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

² Estudante do Curso de Enfermagem da UNIJUI. Bolsista PIBIC/UNIJUI, período 2008/2009. tatiele.zanetti@unijui.edu.br

³ Professora orientadora. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Docente Pesquisador do DCSa-Unijui. nara.girardon@unijui.edu.br

⁴ Docente assistente da UFSM/CESNORS. Pesquisadora colaboradora do grupo de pesquisa Planejamento, gestão e atenção em saúde da Unijui. isabelvan@gmail.com

⁵ Estudante do Curso de Enfermagem da UNIJUI. Voluntária de Iniciação Científica, período 2008. lolinha_abreu@hotmail.com

teams has started, evidencing pioneering on recasting the existing health care model. Notes low turnover of professional staff in the teams, what may qualify the attention, because the permanence together the communities allows training link and promotes interaction next to hers. As to workers' formations, there are initiatives for the realization of courses, specializations and/or residency, which tends to reflect in basic attention, in care with people and their families, in following the strategy of health and the work process.

KEY-WORDS: Primary Health Care; Family Health Program; Health Manpower; Family.

RESUMEN:

Investigación cuantitativa, descriptiva, con el objetivo de caracterizar el perfil socio-profesional y de formación de los integrantes de los equipos de salud de la familia del interior del Rio Grande do Sul, en la región noroeste, específicamente de la 14ª Coordenadoria Regional de Salud. La recolección se ha procedida a partir de encuesta relativa al perfil y al proceso de formación de los profesionales, fueron 330 participantes, siendo la mayoría representada por trabajadores del sexo femenino en edad productiva, casados, con hijos. Cuanto al año de ingreso en equipos de la ESF, hubo el predominio en los años 2000 a 2004, aunque desde 1985 se tenga comenzado proceso de contratación de profesionales para actuar en equipos de esta naturaleza, evidenciando actitud pionera en relación a la reformulación en el modelo asistencial a la salud vigente. Se constata baja movilidad de los profesionales en los equipos, lo que puede calificar la atención dispensada, ya que la permanencia junto a las comunidades permite la formación de vínculo y ayuda la interacción junto a las mismas. Cuanto a la formación de los trabajadores existen iniciativas para la realización de cursos, especializaciones y/o pasantías, lo que lleva a reflejos en la atención básica, en el cuidado a las personas y sus familias, en el seguimiento de la estrategia de salud y en el proceso de trabajo

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Recursos Humanos en Salud; Familia.

Introdução

A saúde só passou a ser direito universal dos brasileiros após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 196, preconiza: ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’⁽¹⁾.

Antes de 1988 já se pensava em mudanças na política de saúde, cabendo destacar que na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi recomendada a instituição de um sistema único de saúde para o Brasil, baseado nos princípios de universalidade de atendimento, integralidade de ações e participação popular, fortemente inspirado na compreensão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado⁽²⁾. Seguindo essas recomendações, no ano de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem, entre outras, as seguintes diretrizes e princípios, segundo a Lei 8080/90: “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a igualdade da assistência à saúde”⁽³⁾.

Com a criação do SUS, o primeiro passo em prol das mudanças na saúde foi dado. Com o passar dos anos esse modelo, porém, não sustentava a demanda nem atendia os seus princípios, passando a apontar para a necessidade da implementação de novas políticas de atenção. Assim, no ano de 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que tinha como proposta a reorientação do modelo de saúde a partir da atenção básica. Com a finalidade de garantir maior adesão dos municípios ao Programa, foi criada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, do Ministério da Saúde, que instituiu o Piso de Atenção Básica – PAB, significando um novo aporte de recursos financeiros aos municípios. Essa iniciativa foi, portanto, um forte fator indutor do modelo de atenção pretendido⁽⁴⁾.

A estratégia do PSF foi apresentada como capaz de provocar mudanças, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas e estendendo as ações de saúde para junto da comunidade⁽⁵⁾. Além desse programa ter sido criado para revolucionar o modelo de atenção básica vigente até então, ele se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, respaldando-se pelo trabalho em equipe.

A inclusão da família tem sido importante neste novo modelo, pois é ela que faz parte do processo saúde-doença. Envolvendo-a, pode-se ter uma noção maior das condições socioeconômicas e culturais da própria família, que se converte em unidade de atenção, e

dos indivíduos que a compõem. Ainda, a pessoa envolvida no processo de atenção à saúde/doença deve ser “compreendida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas”⁽⁶⁾.

Atendendo a esses três pilares, a equipe multiprofissional é fundamental para o funcionamento deste programa. Essa equipe, chamada de Equipe Saúde da Família (ESF), deve ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e, pelo menos, seis agentes comunitários de saúde, podendo contar com outros profissionais⁽²⁾, como psicólogos, dentistas e nutricionistas. Os profissionais pertencentes a essa equipe têm uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Para a implementação da ESF uma área geográfica deve ser delimitada, sendo que cada equipe multiprofissional é responsável por um número definido de famílias. Esse recorte na população visa o bom funcionamento do programa, que passa a ter um número máximo e mínimo predeterminando a sua área de abrangência e otimizando o serviço, já que este passa a ter uma demanda controlada.

A equipe da ESF tem como foco, principalmente, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁽²⁾, objetivando promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade a que está adstrita⁽⁷⁾. Responsabiliza-se também pela identificação das necessidades das famílias e comunidades, organizando assim a demanda a ser atendida na unidade básica ou no domicílio, o que visa a integração da equipe com o indivíduo, a família e a coletividade.

O Ministério da Saúde, preocupado com a efetivação desse modelo assistencial proposto, oferece qualificação aos profissionais que integram Equipes de Saúde da Família, instrumentalizando e fornecendo aporte teórico através de cursos introdutórios, capacitações e cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Considera-se que muito foi construído ao longo dessa experiência nacional e várias estratégias de formação e capacitação foram direcionadas para esse fim. No entanto,

conhecer como a equipe concebe o seu objeto de trabalho – família - e desenvolve sua abordagem de interação com este núcleo social tem sido fato pouco estudado. Em vista dessa constatação, elaborou-se um estudo com o **objetivo** de caracterizar o perfil socioprofissional e o processo de formação dos profissionais de Equipes de Saúde da Família dos municípios que integram a 14^a CRS, que tem sede na cidade de Santa Rosa/RS.

Material e Métodos

Este estudo trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e tipo descritiva, caracterizado como estudo de caso, o qual faz uso de métodos e técnicas que permitem o conhecimento de uma sociedade ou determinado segmento desta e que se caracteriza pelo princípio da neutralidade, ausência de juízo de valor e busca de um conhecimento objetivo⁽⁸⁾.

O estudo de caso é usado para a avaliação inicial de problemas ainda pouco conhecidos e cujas características ou variações naturais não foram convenientemente detalhadas⁽⁹⁾. Esse delineamento possibilita, por meio da análise de uma unidade de determinado universo, a compreensão da generalidade do mesmo ou o estabelecimento de bases para outras investigações, mais sistemáticas e precisas⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado junto às 48 equipes ativas, até fevereiro de 2008, dos 20 municípios que compõem a área de abrangência da 14^a CRS.

A população deste estudo é constituída, então, pelos profissionais que integram essas equipes, num total de 576 pessoas. Como critério de exclusão, definiu-se a não participação de equipes de ESF Indígenas, visto que o processo de trabalho destas observa um referencial e uma dinâmica diferenciados e voltados à cultura indígena, merecendo estudo individualizado.

Para a coleta de dados, inicialmente, foi realizado contato com a CRS a fim de informar sobre a pesquisa e solicitar colaboração e autorização para a realização do estudo. Como estratégia para contatar as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), solicitou-se

permissão para os pesquisadores participarem de reunião da CRS com essas secretarias. Em reunião, na qual estavam presentes enfermeiras das ESF, formulou-se convite para participarem do estudo e colaborarem na aplicação de um questionário a seus colegas de equipe. Utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o perfil socioprofissional e relativas ao processo de formação dos integrantes das ESF. Após o preenchimento do instrumento, o mesmo foi devolvido em envelope fechado à CRS e, posteriormente, aos pesquisadores.

Cabe salientar que seguiu, junto com o instrumento de coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme rege a Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾, sendo o mesmo devolvido, pelos que aceitaram participar do estudo, junto com o instrumento preenchido.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob Parecer Consubstanciado número 002/2008, emitido em janeiro de 2008.

Os dados foram avaliados, de acordo com o proposto por Gil⁽¹⁰⁾, no que se refere ao estabelecimento de categorias, codificação, tabulação, análise estatística dos dados, avaliação das generalizações, inferência das relações causais e interpretação dos dados. Para análise dos dados, as informações contidas nos questionários foram organizadas em banco de dados, com auxílio de *software* EPINFO, versão 2000, sendo tabulados e analisados pela estatística descritiva. As categorias classificatórias são apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Análise dos dados e discussão dos resultados

Os dados analisados neste estudo permitem, em sua primeira etapa, caracterizar o perfil socioprofissional dos sujeitos participantes e, por último, remeteu a questões da qualificação para o trabalho em equipes da ESF.

Inicialmente, possibilitam verificar que dos 576 (100%) questionários enviados, 339 (58,8%) foram devolvidos preenchidos. Destes últimos, nove foram descartados, pois foram preenchidos por trabalhador que não faz parte da Equipe da Saúde da Família, totalizando

330 (57,2%) questionários, ou seja, com retorno válido de mais da metade dos instrumentos enviados. Das 48 (100%) equipes que receberam o instrumento de pesquisa, 36 (75%) devolveram pelo menos um questionário preenchido.

Pelos dados do estudo, verifica-se ainda que as equipes atendem as exigências mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação à sua constituição. Dos 330 (100%) profissionais participantes do estudo, 171 (51,8%) são agentes comunitários de saúde, 75 (22,7%) técnicos ou auxiliares de enfermagem, 33 (10%) enfermeiros, 26 (7,9%) médicos, 20 (6,1%) odontólogos e 5 (1,5%) auxiliares de consultório odontológico.

Considerando que toda equipe necessita contar com um coordenador dentre os seus membros, constata-se que do total de respostas (321 - 97,3%) que indicavam o coordenador, 221 (68,8%) referiram o profissional enfermeiro, seguido pelo técnico/auxiliar de enfermagem (40 - 12,5%). Destaca-se que nove (3,7%) respondentes não informaram o coordenador de sua equipe, o que pode ter ocorrido por desatenção/esquecimento dos sujeitos no preenchimento do questionário ou porque essas pessoas não tinham clareza ou conhecimento sobre esse tema.

Em relação à distribuição dos participantes segundo a idade, constata-se que esta varia de 20 a 80 anos, numa média de 37,3 anos, predominando a faixa etária dos 20 aos 50 anos, (300 indivíduos, perfazendo 91,2%), o que corresponde à idade produtiva. Esses dados vão ao encontro de estudo que buscou conhecer a prática da assistência domiciliar de profissionais da ESF de uma unidade da cidade de Curitiba/PR e entrevistou oito profissionais⁽¹²⁾.

No que se refere à categoria sexo, observa-se o predomínio de mulheres (281 - 85,2%) atuando nas equipes de saúde da família abrangidas pela 14ª CRS. Devido a esse predomínio, as equipes de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, em sua maioria, são constituídas por mulheres, nas equipes mínimas. Esses dados são detectados também em estudo que buscou analisar e identificar o preparo e a formação dos profissionais que atuam em ESF de um município do interior do Estado de São Paulo, que contou com uma amostra de 24 trabalhadores⁽¹³⁾. Os dados obtidos em investigação⁽¹⁴⁾ que

busca caracterizar os gestores municipais de saúde componentes da 14ª CRS e elencar os principais problemas dos municípios em relação à efetivação do SUS na visão dos gestores, que contou com 22 participantes, também contribui para validar este resultado obtido no presente estudo.

Em relação à situação conjugal dos profissionais que atuam nas ESF pertencentes à 14ª CRS, dos 330 respondentes ao instrumento, 5 (1,5%) não informaram o estado civil. Já das 325 respostas obtidas, 230 (70,8%) profissionais têm situação conjugal do tipo unida. Esta categoria abrange casados, em união consensual ou qualquer outra denominação que se refira à união estável. Este dado pode estar associado à idade dos profissionais constituintes desta amostra, que estão, em sua maioria, na idade adulta, considerando o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe, nesta fase, a constituição de novos núcleos familiares. Em estudo que trata do perfil sociodemográfico e ocupacional do PSF do Estado do Mato Grosso, apresentando o julgamento de médicos e enfermeiros das equipes sobre aspectos da atenção básica, também foi constatado que os profissionais, em sua maioria, são unidos⁽¹⁵⁾.

Esses resultados vão ao encontro também dos obtidos no estudo de Camelo e Angerami⁽¹³⁾, voltado às questões de formação de profissionais envolvidos na Estratégia da Saúde da Família em São Paulo, em que foi verificado que a maioria dos sujeitos de sua pesquisa eram casados, o que se configura em aumento do número de tarefas e responsabilidades, implicando a necessidade de conciliar trabalho e família.

Quanto ao número de filhos dos profissionais, dos 330 trabalhadores entrevistados, 252 (76,3%) responderam que têm filhos, o que corrobora aos resultados do estudo antes mencionado. Destes, 196 (77,8%) trabalhadores possuem entre um e dois filhos, sendo que a média é de 1,94 filho por pessoa, próxima à média nacional, que é de 2,3 filhos por família⁽¹⁶⁾. Do total de 252 trabalhadores que têm filho, há um predomínio de 110 (43,7%) que têm dois.

Essa média confirma os dados obtidos nos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que indicam que a taxa de natalidade está diminuindo

globalmente desde os anos 70⁽¹⁶⁾. O número de filhos está decrescendo em virtude de vários fatores, tais como a renda, o trabalho feminino extradomiciliar, o uso de métodos anticoncepcionais, a independência feminina, entre outros. Além disso, a realização de laqueadura tubária, tão comum nas últimas décadas, também concorreu para essa redução. Estudo, cujo objetivo era avaliar a correlação entre o número ideal de filhos e o arrependimento pós-laqueadura, realizado com 1012 mulheres laqueadas residentes na cidade de Campinas, no Estado de São Paulo, constata essa redução⁽¹⁷⁾.

Referente ao ano de ingresso dos profissionais em equipes de ESF, verifica-se que, do ano de 2000 a 2004, na coordenadoria estudada, houve um maior ingresso de profissionais (172 - 54,3%), seguido pelo período de 2005 a 2008 (106 - 33,4%). De 1996 a 1999, 33 (10,4%) profissionais relatam ter ingressado no programa. Cabe destacar que 6 (1,9%) profissionais mencionam seu ingresso entre 1985 a 1994, o que, provavelmente, deve ter ocorrido em virtude de que o município de Santa Rosa/RS, sede da 14ª CRS, implantou ESFs já na década de 1980, evidenciando pioneirismo em relação à reformulação no modelo assistencial até então vigente. O período de maior ingresso, de qualquer forma, pode denotar uma tendência de consolidação da Estratégia de Saúde da Família na região estudada.

No que diz respeito à rotatividade dos profissionais em equipes de ESF, 34 (28,3%) trabalharam em, pelo menos, uma equipe diferente da atual e 58 (48,3%) atuaram em duas equipes diferentes. Este dado pode denotar uma baixa rotatividade, uma vez que muitos profissionais atuam nessas equipes desde o ano de 1994 até 2008, o que pode ser um elemento importante para a inserção dos mesmos na comunidade, na formação de vínculo com as famílias e para a qualificação da atenção prestada.

No que diz respeito à qualificação dos profissionais para o trabalho em equipes da ESF, 70 (21,2%) profissionais referem ter algum tipo de qualificação. Em relação ao curso introdutório, 68 (86,1%) dos 79 profissionais habilitados (com formação superior) a fazer este curso o realizaram, o que evidencia que a Secretaria Estadual de Saúde do RS está oferecendo regularmente essa qualificação. No que diz respeito a outras iniciativas de

formação para atuar na Estratégia, observa-se que 50 profissionais (63,3%), dos 79 com nível superior, têm especialização ou residência em alguma área da saúde. Desses, 35 (70%) têm formação no campo da saúde pública/coletiva. Considerando a qualificação específica para atuar na área da saúde da família, 13, dos 35 profissionais (37,1%), fizeram algum curso de especialização ou residência. Nesta perspectiva, podemos constatar que, do total de profissionais com nível superior, 16,4% têm formação específica em saúde da família.

A realidade detectada no presente estudo vai ao encontro dos resultados verificados em pesquisa⁽¹⁸⁾ que trata da formação de recursos humanos em saúde da família e identifica que, nesse contexto, os profissionais têm buscado especializações ao longo da trajetória profissional, sendo que os enfermeiros são especialistas em saúde pública ou saúde coletiva e os médicos são clínicos, com formação em especialidades clássicas, sendo que poucos têm formação nas áreas de saúde pública.

A realidade verificada neste estudo, no que tange à busca de qualificação para o trabalho por parte dos profissionais, pode ter reflexo no funcionamento das unidades vinculadas à ESF, visto que a formação específica para o trabalho com família poderá, de acordo com Angelo⁽¹⁹⁾, sensibilizar o profissional para reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades. Assim, instrumentalizar-se para trabalhar com família significa, de acordo com a autora, dispor de conhecimentos que capacitem o profissional a pensar e agir com família, visto que irá dispor de referenciais teóricos, instrumentos de avaliação, estratégias de aproximação e relacionamento e técnicas de intervenção que o capacitarão para isso⁽¹⁹⁾.

Conclusões

Os dados encontrados no presente estudo revelam que os profissionais integrantes das equipes da ESF da 14ª CRS são, em sua maioria, do sexo feminino, em idade produtiva, em situação conjugal do tipo unido e com filhos.

No que tange ao ano de ingresso dos profissionais em equipes de ESF, o estudo indica que houve um maior ingresso nos anos de 2000 a 2004. Destaca-se que, entre 1985 e 1994, inicia o ingresso de profissionais em equipes de saúde da família, o que provavelmente tenha ocorrido em virtude de que o município de Santa Rosa/RS implantou equipes dessa natureza já na década de oitenta, evidenciando pioneirismo em relação à reformulação no modelo assistencial até então vigente.

Constata-se, também, baixa rotatividade dos profissionais nas equipes de ESF, o que predispõe à qualificação da atenção prestada, já que a permanência das equipes junto às comunidades permite melhor conhecimento da realidade e melhor interação junto às mesmas.

Em relação à formação desses profissionais, pode-se verificar que a maioria dos aptos a realizar o curso introdutório ao trabalho em ESF, o realizaram, o que denota interesse e/ou necessidade dos profissionais em aprender e entender melhor o sistema em que iriam atuar.

Embora os dados evidenciem que os profissionais de nível superior têm formação em nível de especialização/residência em diferentes áreas da saúde, percebe-se que a qualificação específica para atuar no âmbito da saúde da família ainda restringe-se a um número reduzido de profissionais. Neste sentido, infere-se que essa realidade possa estar associada ao contexto profissional de pouca disponibilidade de tempo e recursos para esse fim e, também, de incentivo ainda incipiente por parte dos gestores visando à formação de recursos humanos no campo da saúde da família.

Os resultados deste estudo, pelo fato de dizerem respeito à realidade de equipes de uma determinada Coordenadoria de Saúde inserida em uma região do Rio Grande do Sul que tem características peculiares, em princípio, poderiam ser generalizáveis apenas aos municípios semelhantes. No entanto, pelo fato de as equipes da ESF terem uma composição similar em todo o território nacional, parece-nos que, especificamente no que se refere à formação e qualificação dos profissionais, esses resultados podem ser generalizados.

Enfim, conclui-se, por meio do perfil traçado, que há espaço para qualificação e instrumentalização dos profissionais que compõem essas equipes, independente da formação de base dos mesmos, o que poderá contribuir para uma atenção de melhor qualidade às famílias e à população.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Constituição Federal do Brasil, 1988. Título VIII - da Ordem Social, Capítulo II - Seção II Da Saúde - Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo único - EC 29); 200. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/legislacao_det.php?co_legislacao=2> Acesso em 20 dez 2008.
2. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rev. Adm. Pública, 2008; 42(2):369-389.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 20 dez. 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96. Brasília, 1997.
5. Dias MEA, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2005; 58(5):513-518.
6. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev. esc. enferm. USP. 2007; 41(1):65-72.
7. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: dezembro de 2008.
8. Minayo MC. (org). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas; 1999.
11. Brasil. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras). Conselho Nacional de Saúde: Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto - enferm. 2006;15(4):645-653.
13. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Revis. Ciência, Cuidado e Saúde. 2008; 7(1):45-52.

14. Lovato MH, Perez SMS. Avaliação das políticas Municipais de Saúde para efetivação do SUS: Um olhar dos gestores municipais da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde Santa Rosa, RS. Boletim de Saúde. 2004; 18(1):159-167.
15. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(9):1881-1892.
16. IBGE. A família brasileira: queda substancial da família brasileira. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 200?. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html>> Acessado dia 30 dez. 2008
17. Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD, Sousa MH. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006; 52(5):293-297.
18. Gil CR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):490-498.
19. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. Fam. Saúde. Desenv. 1999; 1(1/2):7-14.