

**ARTIGO ORIGINAL****A percepção dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família sobre o conceito de família****The professionals' perception of the Family Health Strategy on the concept of family**

Amanda Santos Dittz¹, Raquel Rossette Melo², Carolina Marques Borges³, Ana Cristina Viana Campos⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos profissionais a cerca do conceito de família em relação ao processo de trabalho e as necessidades das famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo transversal analítico realizado em um município de Minas Gerais em que foram selecionadas cinco unidades básicas de saúde. Participaram do estudo 87 profissionais da ESF, de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador que aplicou dois questionários. A variável dependente foi “O que você entende por Família?” com as categorias: “Base, Lar, Entidade” e “Grupo, Conjunto, Ligação”. As variáveis independentes dizem respeito às características do trabalho na ESF. Os dados foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* for Windows – SPSS versão 19. Os profissionais consideraram como relevante, os aspectos: preparo para cuidar da família e conhecer o nome do usuário.

Palavras-chaves: Saúde da Família, Família, Profissional de Saúde.

¹ Enfermeira, especialista em Saúde da Família pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Programa de Educação Profissional da Faculdade Newton Paiva de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Correspondência para: Rua Domingos Garcia, n 108, Bairro São João Batista. Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP: 31520-200. raquelrossette@yahoo.com.br / (31) 8403-6555.

³ Cirurgiã-dentista, Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁴ Cirurgiã-dentista, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the perception of professionals about the concept of family in relation to the work process and the needs of families assisted by the Family Health Strategy (FHS). This is an analytical cross-sectional study conducted in a municipality of Minas Gerais that were selected in five primary health care. The study included 87 professionals from the ESF, of both sexes. Data collection was performed by a single researcher applied two questionnaires. The dependent variable was "What do you mean by family?" With the categories: "Base, Home, Entity" and "Group, Joint Connection". The independent variables concerning the characteristics of the work in the ESF. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences for Windows - SPSS version 19. Professionals considered as relevant aspects: preparation for caring family and know the name of the user.

Keywords: Family Health, Family, Health Professiona

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se destacado como uma nova maneira de se pensar em saúde seguindo uma lógica de promoção de saúde da família. É uma alternativa à substituição ao atual modelo vigente oferecendo atendimento muito mais próximo à realidade do indivíduo atendo-o no cerne de seu problema. Sobretudo, a ESF, incorpora e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe^(1,2).

Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, comprovando a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada pela real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e

pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade⁽³⁾.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil. O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para estruturar a atenção básica, através da educação permanente, troca de experiências e da formação de vínculos entre a equipe e a comunidades. As equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem,

seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar administrativo, porém dentro da unidade básica conta com porteiro, auxiliar de serviços gerais que estão sempre em contato com a comunidade⁽³⁾. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil pessoas ou 500 ou mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade⁽²⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal analítico realizado em um município de médio porte de Minas Gerais.

Segundo dados da Secretária de Saúde do município, são 23 unidades de Saúde da Família com 628 profissionais inseridos na ESF em 40 equipes completas (médico, enfermeiro, técnico de

A Estratégia de Saúde da Família busca proporcionar saúde à família da qual é responsável em sua área de abrangência. Entretanto, as famílias como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares⁽⁴⁾.

As políticas públicas a família ainda precisam de um lugar mais privilegiado e central nas diretrizes e nos programas contemplados na política social brasileira. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção dos profissionais a cerca do conceito de família em relação ao processo de trabalho e nas necessidades das famílias assistidas.

enfermagem, porteiro, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e, Agente Comunitário de Saúde – ACS). Destes profissionais porteiros, ACS e uma pequena parcela de auxiliares de serviço geral e administrativos trabalham sobre regime de contratação, os demais em sua maioria são efetivos, possuem estabilidade/vínculo empregatício, trabalham há mais de um ano nas unidades de saúde da família.

Para a seleção da amostra, foi delimitada a área do município e escolhido o distrito municipal como referência do nosso estudo, onde foram selecionadas cinco unidades pertencentes à área adstrita, na região somente funcionam unidades básicas da ESF. Esta região conta com sete unidades de saúde dentre elas duas não estavam com suas equipes completa por questões de férias, licença sem vencimento, atestado médico e outras questões administrativas, devido ao fato de comprometimento do estudo realizamos o estudo em cinco das unidades do distrito.

Do total de 117 profissionais inseridos nestas unidades selecionadas, participaram deste estudo 87 profissionais de ambos os sexos e diversos cargos e funções dentro da ESF (taxa de resposta de 74,4%).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários, nas unidades básicas de saúde no período de novembro a dezembro de 2010, por um único pesquisador. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE-4614.0.000.213-10), respeitando as Diretrizes da Resolução 196/96 que rege os preceitos da pesquisa em seres humanos no Brasil (Brasil, 1996). Todos os participantes receberam informações completas sobre a pesquisa e concordaram

em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As características sócio-demográficas foram avaliadas através das seguintes variáveis: idade categorizada pela mediana (≤ 32 anos e > 32 anos), sexo (masculino e feminino), cor da pele (branca, preta, parda, outras), estado civil (casado, separado, solteiro e viúvo), escolaridade (1º grau, 2º grau, curso superior), profissão (ACS, Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Administrativo), tempo de trabalho na Saúde da Família categorizada pela mediana (≤ 24 meses e > 24 meses), e regime profissional (efetivo, contratado, celetista).

A variável dependente do presente estudo foi “O que você entende por Família?” com as seguintes categorias de respostas: 1) Base, Lar, Entidade; 2) Grupo, Conjunto, Ligação. As variáveis independentes dizem respeito às condições e características do trabalho na ESF: realização de treinamento, aperfeiçoamento, tempo de trabalho, regime profissional, visita domiciliar, nomes de pessoas assistidas, preparado para trabalhar, preparado para informar, preparado para promover, facilidade em cuidar, importância de cuidar, trabalhar com família, atividades educativas e preventivas.

Inicialmente foi feita a análise descritiva de todas as variáveis em questão. A construção da escala de trabalho na Saúde da Família considerou em primeiro lugar o peso dado às respostas, sendo 2 para “sim” e 1 para “não”. As respostas dos profissionais foram somadas e convertidas para o intervalo 0-100 para o menor e o maior escore, respectivamente. Os valores intermediários foram obtidos pelo método de interpolação por regra de três simples.

O coeficiente de alfa de *Cronbach* foi utilizado para verificar confiabilidade interna dos fatores formados e obter uma estimativa apropriada da magnitude do erro

da medida de cada fator e também do fator total ⁽⁵⁾.

A comparação entre o conceito de família e a escala de trabalho na Saúde da Família foi feita por meio do teste *Teste t student* com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. A construção do banco de dados foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* for Windows – SPSS versão 19 para análise dos mesmos.

RESULTADOS

A maioria dos profissionais da ESF tem menos de 33 anos (55,2%), era do sexo feminino (88,5%), relataram ser da

cor parda (56,3%), casados (51,7%) e com 2º grau completo (60,9%). Em relação ao trabalho, a maioria era ACS (52,9%), com vínculo de contrato (59,8%) e menos de 24 anos de trabalho na ESF (56,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis	n	%
Categorias		
Idade		
≤ 32 anos	48	55,2
> 32 anos	39	44,8
Sexo		
Feminino	77	88,5
Masculino	10	11,5
Cor da pele		
Branca	23	26,4

Preta	13	14,9
Parda	49	56,3
Outras	02	2,3
Estado civil		
Solteiro	26	29,9
Casado	45	51,7
Separado	14	16,1
Viúvo	02	2,3
Escolaridade		
1º grau	12	13,8
2º grau	53	60,9
Curso superior	20	23,0
Profissão		
ACS	46	52,9
Técnico de Enfermagem	12	13,8
Enfermeiro	07	8,0
Médico	06	6,9
Administrativo	16	18,4
Vínculo empregatício		
Efetivo	28	32,2
Contratado	52	59,8
Celetista	07	8,0
Tempo de trabalho ESF		
≤ 24 anos	49	56,3
> 24 anos	36	41,4

A escala composta por 12 questões apresentou boa confiabilidade ($\alpha = 0,574$) e as variáveis mais importantes para explicar a variância da escala foram:

preparo para cuidar da família ($\alpha = 0,480$) e conhecer o nome do usuário ($\alpha = 0,494$), pois a exclusão das mesmas diminuía a confiabilidade da escala (Tabela 2).

Tabela 2. Análise escalar para cada questão com cálculo do alfa de Cronbach.

Variáveis	<i>Média da escala</i> (se item excluído)	<i>Variância da escala</i> (se item excluído)	<i>Correlação corrigida</i> (item total)	X^2	α <i>Cronbach</i> (se item excluído)
Preparo para cuidar da família	17,95	3,53	0,56	0,51	0,480

Conhecer o nome do usuário	17,93	3,62	0,51	0,62	0,494
Preparo para dar instruções de saúde	17,84	3,89	0,51	0,42	0,516
Visita domiciliar	17,93	3,76	0,41	0,60	0,517
Treinamento	18,29	3,65	0,32	0,35	0,531
Realização de atividade educativa e/ou preventiva	18,00	3,81	0,31	0,43	0,535
Preparo para trabalhar ESF	17,89	4,02	0,28	0,45	0,546
Proposta ESF	17,96	3,93	0,27	0,24	0,547
Aperfeiçoamento	18,34	3,81	0,24	0,23	0,553
Importância do cuidado família	18,59	4,52	-0,09	0,39	0,613
Facilidade do cuidado família	18,25	4,38	-0,05	0,23	0,626
Preparo para trabalhar em equipe	18,33	4,45	-0,08	0,12	0,631

De acordo com a tabela 3, os profissionais que consideram a família como “Base, Lar, Entidade” ($\mu=84,6\pm 8,36$) são diferentes significativamente daqueles

que consideram a família como “Grupo, Conjunto, Ligação” ($\mu=80,00\pm 9,08$) ($p=0,034$).

Tabela 3. Comparação entre o conceito de família e a escala de trabalho da ESF.

Conceito de família	N	Média (Desvio-padrão)	Média IC 95%	t	p-valor*
Base, Lar, Entidade	33	84,60 ($\pm 8,36$)	81,63–87,56	2,16	0,034
Grupo, Conjunto, Ligação	35	80,00 ($\pm 9,08$)	76,88–83,12		

*Teste t Student

DISCUSSÃO

Desde o século XVII, a forma dominante de compreender o mundo esteve calcada em remissas de natureza reducionistas e deterministas que,

habitualmente, desconsidera os elos inseparáveis entre o sujeito observador e os fatos observados. Sob esta perspectiva, os fenômenos estudados ficam dissociados de sua totalidade e a infinita rede complexa da realidade é ignorada. Ao ignorar os conjuntos e a totalidade, esta visão contribuiu para instituir uma compartimentalização do mundo e dos seres humanos que nele subsistem. Ao mesmo tempo, desencadeou uma tendência à hiperespecialização que, sem dúvida, possibilitou grandes avanços no conhecimento científico e filosófico, mas, também, retalhou a realidade contribuindo para reduzir as possibilidades de se apreender as relações entre os fenômenos e seu contexto. Sob esta visão de mundo, a concepção de família foi se construindo, separada de seus nexos, isolada de seu contexto e tendo seus problemas reconhecidos e tratados (ou não reconhecidos e nem tratados) em uma visão mutiladora e unidimensional ⁽⁶⁾.

Nesta perspectiva, para trabalhar com a saúde destas famílias é imprescindível redimensionar a forma como concebemos esta instituição considerada, em qualquer tempo, como a base da sociedade. O reconhecimento de sua natureza complexa é pré-condição para que possamos, como profissionais da saúde, compreender seus problemas, suas contradições muitas vezes insuperáveis e,

fundamentalmente, para ajudá-las no processo de produzir saúde mesmo quando vivem em contextos adversos ^(6,7).

O mesmo acontece com a família, pois a compreensão de seus membros (ou de suas partes), de suas vivências, necessidades, dificuldades, dentre outros, somente ganha sentido se forem considerados na perspectiva do grupo que como tal também precisa ser compreendido em sua integralidade ⁽⁸⁾.

Pode-se assim, compreender a família como um sistema complexo que comporta relações antagônicas, contraditórias e complementares com seu meio externo e interno, não devendo, ser concebida independente do ambiente. No ambiente familiar que o sujeito se constrói, através do processo de socialização, da educação que recebe da cultura que lhe é transmitida e da linguagem que incorpora. Também é através dela que os sujeitos estabelecem nexos indissolúveis com o macro contexto, sendo, por essa razão, um dos organizadores da sociedade na medida em que define estilos de vida e compõe o ambiente em que seus membros vão viver. A diferença estatística significativa apresentada neste estudo entre os profissionais que classificaram a família como “Base, Lar, Entidade” e aqueles que a classificaram como “Grupo, Conjunto, Ligação” revela que ainda há uma concepção fragmentada do conhecimento

do conceito de família. Da mesma forma pode-se sugerir uma fragmentação do conhecimento de cada área da saúde, o que leva a um entendimento de que o corpo é dividido e, dessa forma, cada profissional teria seu campo de atuação predeterminado, o que contraria a integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁹⁾.

Dentro desta concepção a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tenta se aproximar das condições socioculturais da população atendida e desta forma cumprir os princípios que norteiam o SUS ⁽¹⁰⁾. O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde e que favorece o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares ^(11,12).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das

ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem ^(12,13).

A integralidade - princípio doutrinário do SUS - surge como um dos principais pilares na construção da Atenção Primária à Saúde, uma vez que se fundamenta na articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, além da abordagem integral dos indivíduos e familiares ⁽¹⁴⁾. Desde então, é necessária uma reflexão sobre a integralidade que preconiza: uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as ações incidem ⁽¹⁵⁾.

Os resultados destacaram que os profissionais da ESF consideraram como mais importante a questão do preparo para cuidar da família, ou seja, existe o entendimento que o ato de cuidar é uma atitude e que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma iniciativa de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro ⁽¹⁶⁾. Segundo Albuquerque et al. ⁽¹⁷⁾, o cuidado domiciliário decorrente da Estratégia Saúde da Família engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização

e ao cuidado centrado no usuário e sua família, por isso o fato de conhecer o nome do usuário também foi considerado como relevante no processo de trabalho. Este processo deve ser marcado pela empatia e o vínculo como elementos centrais na relação de cuidado. No aspecto da comunicação profissional-paciente, devem existir dois sujeitos em relação de troca e alternância de falas, sendo necessária uma sintonia entre ambos ⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da

visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas ⁽¹⁹⁾. No panorama do cuidar/educando, o trabalhador que cuida/educa necessita não simplesmente de habilidades técnicas, mas também de competências emocionais nas relações interpessoais ⁽²⁰⁾.

O cuidado ampliado deve ser visto numa perspectiva multidisciplinar e de forma pactuada com a família, o que proporcionará mudança nas práticas de cuidado realizadas por profissionais e cuidadores, em busca da atenção integral ^(9, 21, 22).

CONCLUSÃO

Atualmente não se encontram, em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões referentes à dinâmica familiar, ou melhor, como aplicar instrumentos, adotados pelo ESF onde evidencia a família como referência predominante da ação da atenção básica em saúde, o que explica uma visão diferenciada do conceito

família entre os membros da Estratégia de Saúde da Família.

Continuamos reproduzindo um modelo biomédico porque temos dificuldade de dominar e compreender o conceito de família, o que limita as intervenções na mesma. Estamos longe de alcançar a integralidade do cuidado, pois ainda não conseguimos fazer com que os profissionais da ESF identifiquem quem é o foco do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 196/96, de 14 de janeiro de 1987. Revista Bioética, n.2, v.4-Suplemento 1996. Publicada pelo Conselho Federal de medicina. Brasília.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001. 128p.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 199 p.
4. Kaloustian SM. Família brasileira: a base de tudo. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 183p.
5. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia 2006; 4(1):65-90.
6. Silva MRS, Lunardi VL. A concepção de família como unidade complexa. Fam. Saúde Desenv 2006; 8(1):64-72.
7. Silva MCLSR, Silva L, Bouso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1250-5.
8. Starfield B. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. In: Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ed.UNESCO; 2002. p. 313-63.
9. Oliveira LSG, Nascimento DDG, Marcolino FF. Saúde bucal na estratégia saúde da família: percepção de profissionais e cuidadores familiares. Mundo Saúde 2010; 34(1):65-72.
10. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad. Saúde Pública 2006; 22(11):2491-5.
11. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm 2006; 4:645
12. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 11/Jun/2012).
13. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-64.
14. Omizzolo JAE. O princípio da integralidade na visita domiciliar. Um desafio do Programa Saúde da Família. <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFRO518.pdf> (acessado em 11/Jun/2012).
15. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Ed. ABRASCO / UERJ; 2001. p. 39-64.

16. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
17. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(5):1103-12.
18. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP, organizadores. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 199-221.
19. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em Saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(1): 1547-54.
20. Vila E. Educação em saúde a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: Grazilinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 43-51.
21. Wernet M, Ângelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(1): 19-25.
22. Machado ALG et al., O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. Rev. bras. enferm.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de nov de 2010. doi: 10.1590/S0034-71672007000500009.

Correspondência:

Raquel Rossette Melo
Rua Domingos Garcia, n 108, Bairro São João
Batista. Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP:
31520-200. / (31) 8403-6555.
E-mail: raquelrossette@yahoo.com.br
Recebido em: 05/07/2012
Aceito em: 13/05/2013