

INCLUSÃO SOCIAL: PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DE SANTA CATARINA¹

Júlia Rossetto Marchetti*
Elisete Navas Sanches Próspero**
Carine Vendruscolo***

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer as percepções de famílias em fase de aquisição, quanto à sua inclusão social na comunidade em que vivem. Inquérito de base populacional com 101 famílias, por meio de visitas domiciliares e aplicação de um instrumento que contemplou variáveis de diversas naturezas quanto à inclusão social. As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2012 no município de Palmitos, Santa Catarina. A análise foi de cluster (agrupamento). Os respondentes avaliaram como "boa" e "regular" as questões que mediam a percepção familiar sobre o exercício da cidadania. "Muito boa" foi a percepção sobre o apoio que recebem de algumas redes sociais. A renda familiar foi o maior motivo de descontentamento. Quanto aos serviços de saúde, a avaliação das Unidades Básicas de Saúde foi predominantemente positiva, ao contrário da Estratégia de Saúde da Família, avaliada com baixo desempenho. As questões de saneamento básico também receberam avaliação negativa. Diante dos resultados, deve-se considerar a importância do trabalho interdisciplinar, do esforço coletivo dos profissionais de saúde, da intersetorialidade, com ação imediata, fundamentais para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população assistida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Relações Familiares. Saúde da Família. Participação Social. Cidadania. Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O tema família vem sendo discutido durante décadas no setor saúde, tanto no cenário dos serviços de saúde quanto nas universidades, principalmente após a implantação, pelo Ministério da Saúde, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em grande parte do território nacional⁽¹⁾.

Mesmo que as equipes da ESF não consigam ainda gerenciar suas ações numa perspectiva que envolva a família e o território, e não apenas a pessoa isoladamente, existe um esforço dos profissionais comprometidos com uma saúde mais integral e cidadã de investir em estudos sobre a família, observando suas características e singularidades⁽¹⁾, a fim de oferecer subsídios à orientação da prática profissional em saúde e outras áreas e à formulação de políticas públicas⁽²⁾.

Estudos atuais evidenciam que as concepções sobre promoção da saúde se referem à história natural da doença, havendo uma relativa ausência de menção aos questionamentos a seu respeito, assim como aos conhecimentos e discussões sobre o processo saúdedoença, seus determinantes e a promoção da saúde numa visão pós-Carta de Ottawa⁽³⁾. Questiona-se: como as famílias se percebem, no processo de

inclusão social, no âmbito do seu território?

Nessa perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções de famílias em fase de aquisição quanto à sua inclusão social na comunidade em que vivem. Com estudos desse tipo, as necessidades podem ser vistas com maior clareza, possibilitando ampliar a abrangência da cobertura de políticas públicas na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Desenvolvemos um estudo transversal com inquérito populacional domiciliar, tendo por base o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)⁽⁴⁾, para conhecer a percepção das famílias a respeito de inclusão social. A população pesquisada foi representada por 478 famílias em fase de aquisição, isto é, com crianças de até nove anos de idade⁽⁵⁾, residentes no território atendido pela ESF1, que abrange o Centro da cidade de Palmitos e dois bairros vizinhos, com população de 3.955 pessoas e com cobertura universal da ESF.

O estudo seguiu a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere à pesquisa com seres humanos. Todas as famílias foram orientadas e assinaram o Termo de Consentimento

¹Artigo originado de dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI).

*Enfermeira. Mestre, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, SC, Brasil. E-mail: julinharm@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Itajaí, SC, Brasil. E-mail: navaselisete@gmail.com

***Enfermeira. Doutora, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, SC, Brasil. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Livre e Esclarecido que as informou dos objetivos da pesquisa e garantiu o anonimato dos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (Univali) no parecer número 115.222.

A amostra, para garantir um erro máximo de 5% com um grau de confiança de 95% aos estimadores dos parâmetros estudados, seria de 120 famílias. No entanto, mesmo sendo realizados diversos sorteios para minimizar perdas, foi possível entrevistar 101 famílias, o que representou uma perda de 16,7%. Tal fato se deveu às recusas dos indivíduos em responder o questionário e a alguns domicílios sorteados não terem sido encontrados.

O plano amostral foi baseado em uma amostragem estratificada com dois estágios de seleção, sendo as unidades primárias as microáreas da ESF1 e as unidades secundárias os domicílios. A definição das famílias participantes da amostra se deu por meio de sorteio pela Ficha A do Siab.

O desafio de avaliar a inclusão/exclusão social das famílias, a partir das suas próprias perspectivas, exigiu a elaboração de questões que enfocaram variáveis de diversas naturezas relativas à inclusão social, considerando-se suas influências no cotidiano das famílias⁽⁵⁾. Seguindo esse pressuposto, utilizamos a classificação de Whitehead⁽⁶⁾, que propõe níveis de atuação que buscam combater as iniquidades em saúde, e construtos elaborados e validados por Dias⁽⁷⁾, que orienta para a compreensão da existência de uma saúde familiar distinta da saúde individual. Organizamos o formulário em temáticas, com questões abertas e fechadas, utilizando questões já validadas com base nos estudos desses dois autores.

A primeira parte do formulário, com questões abertas, abordou os dados de identificação do domicílio e do entrevistado, o que originou informações gerais sobre composição familiar, renda familiar per capita, escolaridade, religião, raça, situação de trabalho e trajetória da família na comunidade: tempo que mora na comunidade, tipo de moradia, redes familiares e de apoio.

A segunda parte, de questões fechadas, reuniu duas grandes temáticas, individual (primeiro nível) e redes sociais e comunitárias (segundo nível)⁽⁶⁾. As duas categorias temáticas para dimensionar esses níveis foram selecionadas de acordo com o “Instrumento de avaliação da percepção de famílias em fase de aquisição, quanto ao critério de inclusão/exclusão social”⁽⁷⁾. A escala de medida utilizada nas categorias para medir cada um dos

construtos foi a do tipo *Likert*, com cinco opções de resposta: muito bom (MB), bom (B), regular (R), ruim (R) e muito ruim (MR).

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, com aplicação de formulários por entrevistadores, respondidos pelos responsáveis das famílias sorteadas, presentes no momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2012 por sete agentes comunitários de saúde (ACS), funcionários da Prefeitura de Palmitos, que se concentraram na sua respectiva microárea de atuação. Esses profissionais foram treinados para início das entrevistas com ênfase na precisão das anotações. No decorrer do período de coleta de dados, realizaram-se entrevistas de controle e confirmação dos dados e novas reuniões com os entrevistadores para avaliação e esclarecimento de dúvidas.

A análise utilizada na primeira parte foi a de frequência absoluta e relativa e, na segunda, a de agrupamento ou cluster, que busca a proximidade geométrica entre objetos estudados. As distâncias entre tais objetos dentro do espaço multiplano, constituído por eixos de todas as variáveis, são calculadas para agrupar os objetos conforme sua proximidade.

Primeiro, constituem um grupo inicial os dois objetos mais próximos e, em seguida, verifica-se qual o objeto seguinte se localiza mais próximo ao centro desse primeiro grupo⁽⁸⁾ até a reunião de todos os objetos estudados.

A análise de cluster é utilizada quando se quer identificar grupos de características semelhantes, ou seja, categorizar as observações, considerando todas as medidas originais. A opção por esse método multivariado se deu em função de que o objetivo da análise era verificar os agrupamentos semelhantes, sem a preocupação de descrição de frequências absolutas e relativas. Importa examinar o esquema ou dendograma de aglomeração para arbitrar que número de grupos distintos se pode obter, além de qualificá-los segundo o comportamento das variáveis originais.

Após a análise dos dados pelo método descrito, selecionamos as categorias temáticas que definiram os agrupamentos: a socioeconômica e de qualidade de vida, que se refere ao núcleo familiar e o de redes sociais e comunitárias fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, com a formação de oito grupos; e acesso aos serviços de saúde e saneamento básico, com três grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observamos que a maioria dos respondentes são mulheres (74,3%). No que se refere à escolaridade, 43,5% possuem ensino fundamental completo e 48,3% ensino médio completo. A renda familiar varia entre um e três salários mínimos (54,5%). A maioria das famílias (59,4%) possui casa própria e 33,7% moram em casa alugada. A maioria das famílias (28,7%) reside na comunidade há mais de um ano, sendo expressiva a proporção das que residem há mais de cinco anos (61,3%).

Os dados socioeconômicos encontrados no município de Palmitos são condizentes com o perfil de municípios do interior do estado catarinense, com sua economia voltada para a agricultura familiar. A colonização do oeste catarinense seguiu um modelo minifundiário de estrutura agrária, com sua economia baseada na produção de grãos e criação de suínos e aves, permitindo a implantação e o desenvolvimento de agroindústrias⁽⁹⁾. O modelo minifundiário de estrutura agrária familiar explica a renda per capita baixa e também a pouca escolaridade.

Para compreender a primeira categoria temática (gráficos 1 e 2) é fundamental determinar, dentre alguns princípios, aqueles que importam na percepção do que é cidadania, aqui entendida como condição individual que indica o pertencimento a determinada sociedade politicamente organizada, cujo efeito é permitir ao indivíduo a fruição de direitos civis, políticos e sociais⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, o Grupo 1 — que reúne as subcategorias conhecimento dos membros da família sobre seus direitos de ter documentos (DI2), conhecimentos dos membros da família sobre seu direito de ir e vir (CD2) e liberdade para os membros da família praticarem suas crenças religiosas (LR4) — foi avaliado com a maioria das respostas “bom”.

No Grupo 2 — qualidade das refeições dos membros da família (QR3) e satisfação dos membros da família com o número de refeições que realiza por dia (NR3) —, a avaliação “bom” se mantém a mais alta, porém, a que mais cresce é a “muito bom”.

O Grupo 3 mantém a avaliação “bom”, mas a “muito bom” declina e a “regular” tem um pequeno crescimento. Fazem parte desse grupo as relações da família com as escolas e unidades de saúde (R4E), as relações da família com amigos, vizinhos e outros grupos (R4A), a família acredita viver bem na comunidade e na casa onde vive (FB3) e a satisfação da família quanto a calçadas, ruas, estradas e pontes

da sua comunidade (SC4).

No Grupo 4 — de forma geral, como a família avalia sua saúde (FA3), qual o tipo de trabalho que os membros da família desempenham (PC4) e o sentimento de fazer parte da comunidade (TT1) —, a avaliação “bom” tem uma leve queda e a “muito bom” também cai,

No Grupo 5 — o terreno da moradia (TM3) e a moradia da família (MO3) —, a avaliação “bom” também se mantém com o maior número de respostas, porém a “regular” continua crescendo e a “muito bom” caindo. O Grupo 6 tem o mesmo comportamento, com as respostas apresentando maior número da avaliação “regular” nas subcategorias: a família se sente igual às outras da comunidade quanto aos seus direitos (IO2), a instalação sanitária da sua casa (IS3), a forma como a família considera que a sua comunidade está integrada às demais do município (ICS), a participação da família na associação de moradores ou similares na comunidade (AM2).

No Grupo 7 — liberdade para a família expressar suas ideias e opiniões na comunidade (LI2), liberdade dos membros da família em ter voz e vez na comunidade (LV2) e acesso ao trabalho pelos membros da família (AT1) —, a avaliação “regular” aumenta e a “bom” decresce. No grupo 8 — renda da família para suprir as necessidades básicas, como alimentação, educação, moradia, saúde e transporte (RF1) —, a avaliação “bom” está mais baixa e a “regular” está em seu ponto mais alto desde o primeiro grupo. As avaliações “ruim” e “muito ruim” passam a crescer também.

O predomínio da avaliação “bom” na primeira categoria temática demonstra que a percepção do exercício da cidadania e da dignidade humana — associadas ao suposto de que todos os membros de uma sociedade tenham condições “de participar da competição pela vida, ou pela conquista do que é vitalmente mais significativo, a partir de posições iguais”^(11;31) — é facilitada na comunidade em que as famílias vivem.

Alguns construtos nos quais a avaliação regular foi crescente também dizem respeito às questões de cidadania. Retoma-se aqui a ideia de igualdade e ao pressuposto de que os direitos de uns têm de condizer com os dos outros, pois somente assim a vida pode ser compreendida no seu sentido pleno — o da cidadania⁽¹²⁾.

Na análise das subcategorias referentes ao apoio de redes sociais, ponderamos que o processo

de viver saudável está associado ao modo de vida singular das pessoas e de suas interações, à participação e ao envolvimento na vida da comunidade, demonstrando que a compreensão de viver saudável vai muito além dos determinismos causais do processo saúde-doença⁽¹³⁾. Portanto, a

construção do conhecimento acerca desse fenômeno precisa, necessariamente, considerar as múltiplas dimensões e fatores que envolvem o viver no dia-a-dia para cada ser humano em particular, inserido em seu contexto real e concreto.

Gráfico 1. Dendograma da primeira categoria temática: socioeconômica e de qualidade de vida

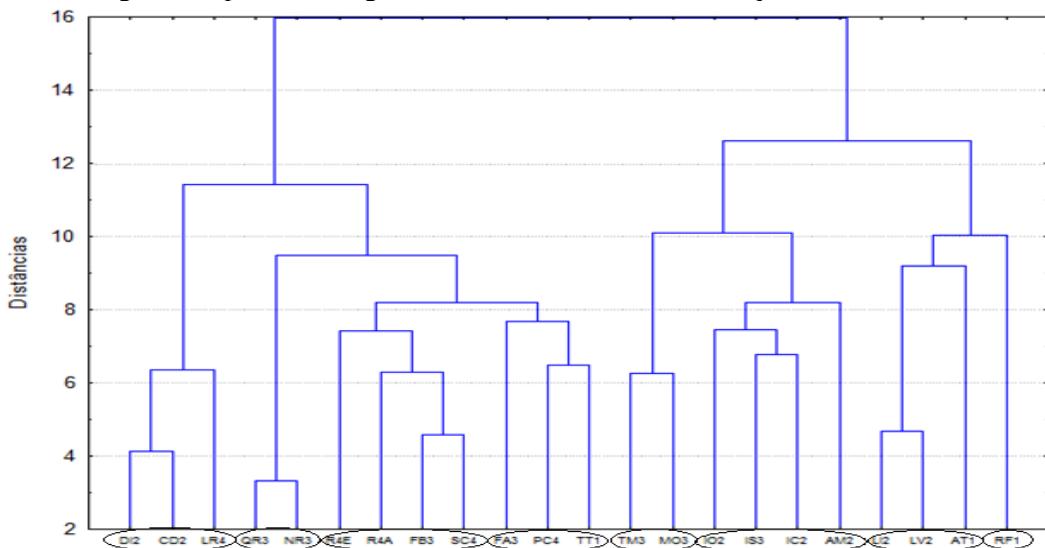
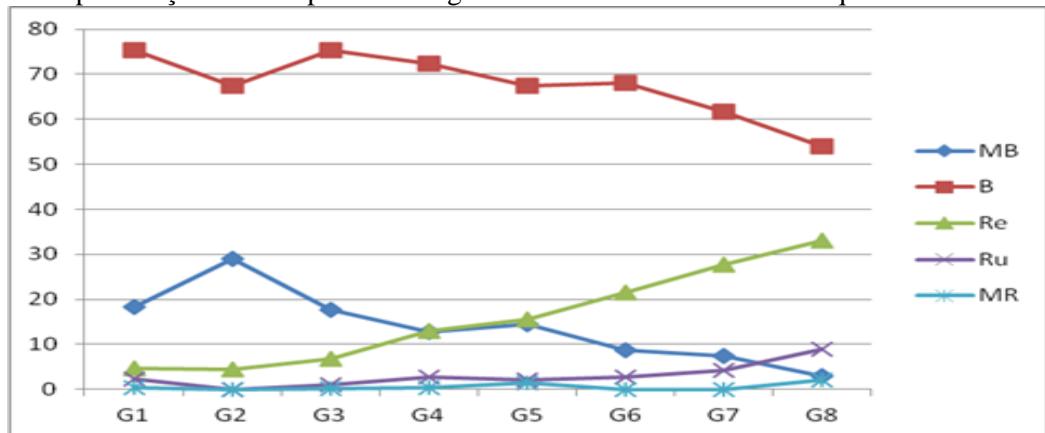


Gráfico 2. Representação linear da primeira categoria temática: socioeconômica e de qualidade de vida



O bom desempenho da percepção das famílias quanto ao apoio que recebem de algumas redes sociais, as relações da família com as escolas e unidades de saúde, com amigos, vizinhos e outros grupos, e como a família acredita viver na comunidade e em sua casa é relevante para compreender como se constroem e se movimentam na comunidade as teias de relações, trocas e obrigações postas pelas organizações formais — escolas, serviços de saúde, pastorais — e informais, como familiares e vizinhos⁽¹⁴⁾, e também as relações dos sujeitos e das famílias com seu meio social, que

envolvem processos dinâmicos e de contínuas adaptações. Inúmeros recursos são mobilizados para suprir as necessidades de reprodução cotidiana e o arranjo de redes sociais se apresenta como um dos recursos fundamentais⁽¹⁵⁾. Consideramos que a ausência do apoio das redes impõe limites aos programas de intervenção, uma vez que a família comporta múltiplos arranjos que podem torná-la bastante vulnerável socialmente, caso não tenha esse suporte.

A identificação das redes de apoio social possibilita sua utilização como um recurso no

cuidado, facilitando uma parceria entre a equipe de saúde e a família na atenção ao sujeito em sofrimento⁽¹⁶⁾. Inferimos que esses construtos obtiveram boa avaliação porque, num município de pequeno porte como Palmitos, a convivência diária e prolongada, principalmente com amigos, vizinhos e grupos de relacionamento, tende a favorecer a partilha de ideias, a troca de experiências e o fortalecimento dos vínculos de confiança⁽¹⁷⁾.

A subcategoria temática relativa à satisfação com a renda da família para suprir as necessidades básicas, como alimentação, educação, moradia, saúde e transporte, foi a pior avaliada e com um comportamento totalmente isolado das demais subcategorias, isto é, as famílias estão muito descontentes com a renda familiar.

Dentre os motivos para a ocorrência desses achados, apontamos a má distribuição de bens de capital, a inflação, o subemprego ou desemprego. A

extensão das iniquidades de renda inevitavelmente tem reflexos na saúde e resulta de uma estratificação social e de desigualdades políticas que rodeiam o sistema de saúde.

A percepção das famílias na segunda categoria temática (gráficos 3 e 4) se refere às condições físicas e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, emprego seguro e realizador, serviços essenciais de saúde, educacionais e de bem-estar, o mercado de trabalho e os valores culturais e de proteção ambiental⁽⁶⁾.

Ao analisarmos as subcategorias relacionadas à igualdade de acesso em saúde, reforçamos a ideia de que igualdade, nesse aspecto, implica distribuição justa dos serviços em todo o país com base nas necessidades de cuidados de saúde, facilidade de acesso em cada área geográfica e remoção de barreiras ao acesso⁽⁶⁾.

Gráfico 3. Dendograma da segunda categoria temática: acesso aos serviços de saúde e saneamento básico

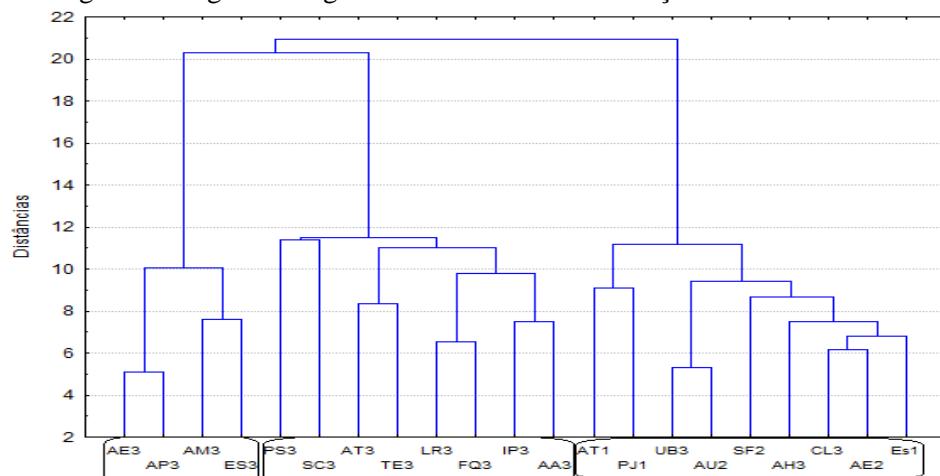
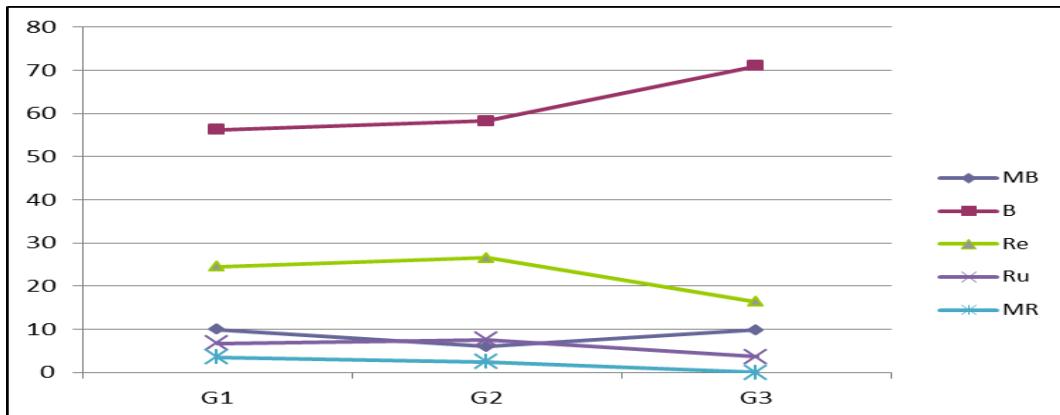


Gráfico 4. Representação linear da segunda categoria temática: acesso aos serviços de saúde e saneamento básico



Verificamos no Grupo 1 a predominância da avaliação “bom”, porém a “regular” é consideravelmente alta. Fazem parte desse grupo as subcategorias: acesso aos encaminhamentos para especialidades pela família (AE3), acesso aos exames complementares pela família (AP3), acesso à distribuição de medicamentos pela família (AM3) e acesso aos profissionais do ESF pela família (ES3).

No Grupo 2 notamos a aproximação das avaliações “bom” e “regular”, enquanto as “ruim” e “muito ruim” crescem consideravelmente em todas a subcategorias: poluição sonora e ambiental da comunidade (PS3), satisfação quanto a calçadas, ruas, estradas e pontes da sua comunidade (SC3), acesso ao transporte coletivo (AT3), tratamento do esgoto (TE3), limpeza das ruas (LR3), fornecimento e qualidade da água (FG3), iluminação pública (IP3) e abastecimento de água (AA3).

Com desempenho diferente, a avaliação “bom” cresce e a “regular” cai no Grupo 3, que reúne as subcategorias: acesso ao trabalho pelos membros da família (AT1), disponibilidade de parques, jardins e áreas de recreação para a família (PJ1), acesso à Unidade Básica de Saúde pela família (UB3), acesso dos membros da família à Unidade de Saúde (AU2), segurança da família quanto à vida de seus membros na comunidade (SF2), acesso ao hospital pela família (AH3), coleta de lixo (CL3), acesso dos membros da família à escola (AE2) e localização da escola (ES1).

Acentuamos que os municípios são responsáveis pelo atendimento integral ao usuário e, portanto, o conhecimento sobre a utilização dos serviços e as necessidades de saúde é de fundamental importância para os gestores⁽¹⁸⁾. É interessante observar que a avaliação dos respondentes aponta para a necessidade de melhorias que devem ser implementadas no atendimento das ESF, abrangendo também os encaminhamentos para as especialidades e exames complementares.

O atendimento da UBS foi positivamente avaliado. Constatamos que a UBS está trabalhando na lógica da acessibilidade a todos que buscam pelo serviço de saúde e que é necessário fortalecer as ações da ESF, com vistas ao acolhimento e à integralidade voltado para a família e comunidade, deslocando o atendimento médico centrado para a equipe interdisciplinar, de forma a incorporar um novo pensar e agir na saúde dos indivíduos, famílias e comunidade⁽¹⁸⁾.

Também é fundamental o reconhecimento dos grupos com maior vulnerabilidade para propiciar o

desenvolvimento de ações educativas e preventivas para aquelas situações de saúde com maior demanda nos serviços, identificando os grupos excluídos do sistema e, assim, atendendo a premissa inicial do SUS direcionada ao acesso e à universalidade do cuidado.

As subcategorias com menor desempenho foram as relacionadas com as medidas de saneamento básico: poluição sonora e ambiental da comunidade, satisfação quanto a calçadas, ruas, estradas e pontes da sua comunidade, tratamento do esgoto, limpeza das ruas, fornecimento e qualidade da água e iluminação pública. O acesso ao transporte coletivo recebeu a mesma avaliação. A coleta de lixo foi o único construto das medidas de saneamento básico que recebeu avaliação positiva.

As condições de moradia e saneamento são quesitos muito importantes na formação das condições de saúde da família e devem estar articuladas com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de proteção ambiental voltadas para a melhoria da qualidade de vida⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia, como resultados mais positivos, a avaliação dos respondentes quanto à participação na comunidade, ao conhecimento da família sobre direitos fundamentais e à qualidade e satisfação das refeições que os membros da família realizam por dia. Os resultados apontam para uma avaliação predominantemente boa e muito boa no que diz respeito ao apoio que recebem de algumas redes sociais e às relações da família com as escolas e unidades de saúde, com amigos, vizinhos e outros grupos.

Os construtos com melhor avaliação no quesito acesso aos serviços de saúde foram acesso à UBS pela família, acesso dos membros da família à Unidade de Saúde e acesso ao hospital pela família. Ao contrário, o construto relativo à satisfação com a renda da família foi o pior avaliado, demonstrando o descontentamento das famílias com esse item. O menor desempenho esteve relacionado com as medidas de saneamento básico, sendo a coleta de lixo o único construto a receber avaliação positiva.

Acentuamos os resultados positivos relacionados ao acesso ao trabalho pelos membros da família, à disponibilidade de parques, jardins e áreas de recreação, à segurança da família quanto à vida de

seus membros na comunidade, ao acesso dos membros da família à escola e à localização da escola.

Diante dos resultados, é fundamental o incremento do trabalho interdisciplinar, ou seja, do

esforço conjunto dos profissionais de saúde para a vigilância em saúde. A intersetorialidade, com ação imediata, também é essencial quando se pretende promover a saúde e a qualidade de vida da população assistida.

SOCIAL INCLUSION: THE PERCEPTION OF FAMILIES FROM A MUNICIPALITY OF WESTERN SANTA CATARINA

ABSTRACT

This study evaluated the perceptions of families in the acquisition phase about their social inclusion in the community where they live. A population-based survey was conducted with 101 families through home visits and the application of an instrument that included different variables referring to social inclusion. The interviews were conducted from July to September of 2012 in the city of Palmitos in Santa Catarina State. The cluster analysis was performed(grouping). The respondents rated as "good" and "regular" the issues that mediate the family perception of the exercise of citizenship. The perception of the support received from some social networks was "very good". The family income was the greatest reason of discontentment. As for health care, the ratings of the Basic Health Units was predominantly positive, unlike that about the Family Health Strategy, which was rated as underperforming. Basic sanitation issues also received a negative rating. Therefore, the importance of interdisciplinary work, joint effort of health professionals, and intersectionality with immediate action are fundamental to promote health and improve the quality of life of the population assisted.

Keywords: Primary Health Care. Family Relations. Family Health. Social Participation. Citizenship. Health Promotion.

INCLUSIÓN SOCIAL: LA PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS DE UN MUNICIPIO DEL OESTE DE SANTA CATARINA, BRASIL

RESUMEN

El objetivo del estudio fue el de conocer las percepciones de familias en fase de adquisición, en cuanto a su inclusión social en la comunidad donde viven. Se realizó una encuesta de base poblacional con 101 familias a través de visitas domiciliarias y la aplicación de un instrumento que incluyó variables de distintas naturalezas en cuanto a la inclusión social. Las entrevistas fueron realizadas en el período de julio a septiembre de 2012 en la ciudad de Palmitos, Santa Catarina, Brasil. El análisis fue de Cluster (conglomerados). Los encuestados calificaron como "buena" y "regular" cuestiones que median la percepción familiar sobre el ejercicio de la ciudadanía. "Muy buena" fue la percepción sobre el apoyo que reciben de algunas redes sociales. El ingreso familiar fue el mayor motivo de descontento. En cuanto a los servicios de salud, la evaluación de las Unidades Básicas de Salud fue predominantemente positiva, a diferencia de la Estrategia de Salud de la Familia, evaluada con bajo rendimiento. Problemas de saneamiento básicos también recibieron una evaluación negativa. Con base en los resultados, hay que considerar la importancia del trabajo interdisciplinario, el esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud, la intersetorialidad, con una acción inmediata, fundamentales para promover la salud y mejorar la calidad de vida de la población asistida.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Relaciones Familiares. Salud de la Familia. Participación Social. Ciudadanía. Promoción de la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Marin MJS, Marchioli M, Corrente JE. Atenção primária à saúde de uma cidade brasileira sob a ótica dos usuários e profissionais. Ciênc Cuid Saúde. 2015 jul-set; 14(3):1299-306.
2. Próspero ENS, Elsen I, Sanches EM, Dias SLA. Famílias: a experiência de construção de um instrumento. In: Elsen I, Souza AJ de, Marcon S (organizadores). Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem; 2011. p. 245-56.
3. Bezerra, IMP, Sorpreso, ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. J Hum Growth Dev [on-line].2016 [citado 2017 maio 29] jul-ago; 26(1):11-20. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso
4. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hedges D J, Rempel C, Oliveira M MC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [citado 2017 jun 1]; mar 20(3): 947-56. Disponível em:
5. Peterle RJ, Zache AL. Família e ciclo vital: a fase de aquisição. Psicol Rev. 2011 ago; 17(2): 211-5.
6. Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Services, 1992 Jul; 22 (3):429-45.
7. Dias, SLA. Famílias em situação de inclusão/exclusão social na comunidade: um instrumento em construção. 2005. [dissertação]. Itajaí (SC) Programa de Pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí – Univali; 2005.
8. Pereira JC. Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: USP: FAESP; 2001.
9. Sebrae. Santa Catarina em números: Palmitos/SEBRAE/SC. Florianópolis: Sebrae; 2013.
10. Granja, GF, Zoboli, ELCP. Humanização da atenção primária à saúde: gestão em redes e governança local. O Mundo da Saúde. 2012 jul-set; 36(3):494-501.
11. Bobbio, N. Igualdade e Liberdade. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2000.

12. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado 2017 maio 28]; dez; 19(12): 4829-39. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204829&lng=en
13. Borges DCS, Furino FO, Barbieri MC, Souza ROD, Alvarenga WA, Dupas G. A rede e apoio social do transplantado renal. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 [citado 2017 maio 29]; 37(4): e59519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4472016000400409&lng=en.
14. Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado 2017 maio 29] maio; 17(5): 1103-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500002&lng=en.
15. Pinheiro RL, Lorenzi CG. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. Estud Psicol. 2014 jan-mar; 19(1):48-57.
16. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saúde. 2014 jul-set; 13(3):556-62.
17. Kebian LVA, Oliveira SA. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saúde. 2015 jan-mar; 14(1): 893-900.
18. Morimoto T, Costa JSD da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [citado 2017 jun 13] mar; 22(3): 891-900. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300891&lng=en.
19. Lei n° 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Diário Oficial da União 2007. 8 de jan 3.[citado 2017 maio 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm.

Endereço para correspondência: Elisete Navas Sanches Próspero. Rua Uruguai, 458 - Centro, Itajaí - SC, 88302-202 E-mail: navaselisete@gmail.com

Data de recebimento: 05/11/2016

Data de aprovação: 06/06/2017