

Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança

Assessment of attributes for family and community guidance in the child health

Juliane Pagliari Araujo¹

Cláudia Silveira Viera²

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

Neusa Collet³

Patrícia Oehlmeyer Nassar²

Descritores

Atenção primária à saúde; Saúde da criança; Saúde da família; Avaliação em saúde; Enfermagem pediátrica

Keywords

Primary health care; Children's health; Family health; Health evaluation; Pediatric nursing

Submetido

24 de Março de 2014

Aceito

29 de Julho de 2014

Autor correspondente

Juliane Pagliari Araujo
Rua João XXIII, 600, Londrina, PR,
Brasil. CEP: 86060-370
juliane.pagliari@ifpr.edu.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400073>

Resumo

Objetivo: Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, do tipo avaliativo. Foram aplicados 548 questionários PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Brasil versão criança aos familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 12 anos atendidas em 24 unidades de saúde, sendo os dados analisados no programa SPSS 17.0.

Resultados: Os serviços básicos de saúde pública do município estudado possuem um percentual abaixo do considerado ideal para a atenção primária à saúde nos atributos de orientação familiar e orientação comunitária. O escore desses atributos foram 4,4 e 5,1, respectivamente, sendo considerados satisfatórios valores de escore $\geq 6,6$.

Conclusão: Identificou-se a dificuldade dos serviços em integrarem a família e a comunidade no processo de cuidado, fortalecendo a cultura de assistência curativa e centrada no indivíduo.

Abstract

Objective: To identify the extension in primary health services of attributes for family and community guidance about the health of children health.

Methods: This was a quantitative, cross-sectional and evaluation study. We administered 548 questionnaires (Brazilian Primary Care Assessment Tool, child version) to families and/or legal guardians of children younger than 12 years of age who were received care in 24 health units. Data were analyzed using SPSS software, version 17.0.

Results: The basic public health services of the studied municipality were below what is considered ideal for primary health care with regard to the attributes of family and community guidance. Score of these attributes were 4.4 and 5.1, respectively. Scores considered satisfactory were ≥ 6.6 .

Conclusion: We found that it was difficult for services to integrate families and the community in the care process. This finding reinforces the healing care culture and individual-centered care.

¹Instituto Federal do Paraná, Londrina, PR, Brasil.

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Conflito de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A construção e reorganização das políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo perfazem longa caminhada, partindo de reflexões no campo da saúde que denotavam lacunas no modo de atenção vigente. A fim de reorganizar o sistema de saúde a partir da tentativa de fortalecer a prática clínico-assistencial, emerge investimentos e mudanças na Atenção Primária em Saúde (APS).

No Brasil, a principal proposta de organização da APS esta centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo entendida como o serviço do primeiro nível de atenção, caracterizado pela continuidade e integralidade do cuidado que atua com adscrição da população de uma área definida.⁽¹⁾ No entanto, no sistema de saúde brasileiro vigente tem-se a coexistência das ESF com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, as quais têm como característica o atendimento a demanda espontânea.

No contexto da APS, a atenção à saúde da criança apresenta algumas fragilidades, em estudo de revisão recente⁽²⁾ emergiu que a atenção ao segmento populacional infantil na APS não apresenta articulação efetiva entre esse ponto de atenção e os demais dentro do sistema de saúde vigente. Essa falta de articulação demonstra a não existência de uma coordenação efetiva na APS, não ocorrendo o esgotamento de todas as possibilidades de atenção à saúde da criança, dessa forma, obtendo uma atenção não resolutiva.⁽³⁾

Para que as unidades de saúde (UBS e ESF) se constituam na porta preferencial de entrada no sistema de saúde e para obter-se melhores resultados nos serviços da APS faz-se necessário que se operacionalizem os seus princípios ordenadores, sendo assim, uma APS estruturada de acordo com seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) será mais eficaz e resolutiva. Neste estudo, enfocam-se os atributos derivados orientação familiar e comunitária.⁽⁴⁾

A orientação familiar implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A centralidade do cuidado está voltada ao conhecimento da equipe

interdisciplinar e dos membros da família sobre seus problemas de saúde.^(4,5)

A orientação comunitária pressupõe o conhecimento das características de saúde na comunidade, dos recursos e espaços destinados à cultura, lazer e outras atividades, pois estes fornecem uma forma mais extensa de avaliar as necessidades de saúde do que uma abordagem baseada apenas nas interações com os pacientes ou com suas famílias.⁽⁴⁾

Na atenção à saúde da criança, os atributos de orientação familiar e comunitária devem estar presentes, pois fortalecem o vínculo com o serviço de saúde, refletindo na extensão dos demais atributos, tornando a atenção à saúde infantil mais efetiva.

A avaliação dos serviços de saúde no Brasil vem ganhando espaço nos movimentos científicos e institucionais, indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e implantação de programas e ações na saúde. Para tanto, diversas pesquisas avaliativas têm sido realizadas a fim de verificar a extensão dos atributos essenciais e derivados para a efetividade da APS.⁽⁶⁻⁸⁾

Ao considerar a APS como uma tentativa de reorganizar o sistema de saúde, acredita-se na necessidade de refletir, entre outros aspectos, sobre as características da assistência prestada e seu foco de atenção. Desse modo, é preciso considerar a necessidade de investigação e ampliação dos estudos de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a redução da morbimortalidade infantil está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada. Assim, este estudo teve como objetivo identificar em que extensão ocorre à inserção da família e da comunidade no processo de cuidar na APS à criança.

Métodos

Estudo transversal, descritivo e avaliativo, com abordagem quantitativa dos modelos de atenção em saúde dos serviços de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais no cuidado à saúde da criança em um município situado no estado do Paraná, região sul do Brasil. Este estudo faz

parte de um projeto multicêntrico, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Federal da Paraíba. Constituiu-se então, em recorte da referida pesquisa, desenvolvido nas 24 unidades de saúde (23 UBS e 01 unidade com 02 equipes de saúde da Família) localizadas na área urbana do município.

Estimou-se o tamanho da amostra por amostragem probabilística casual simples estratificada, com partilha proporcional por unidade, a qual se constituiu de 548 cuidadores de crianças menores de doze anos atendidas nas referidas unidades. Desse total, 17 eram adscritos a USF e 531 representativos de UBS. Para aplicar os questionários, os cuidadores foram selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para consulta de enfermagem ou médica nas unidades, devendo contemplar os critérios de inclusão: ser usuários do serviço e ter realizado pelo menos duas consultas na referida unidade, nos seis meses anteriores à coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013, por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) Brasil, versão criança,⁽⁹⁾ o qual apresenta questões relacionadas a todos os atributos essenciais e derivados, sendo que, o atributo de orientação familiar está estruturado em três questões alistadas a opinião dos familiares acerca do tratamento da criança; o histórico de doenças da família e o encontro do profissional com a família da criança. Relativo ao atributo orientação comunitária, as quatro questões norteadoras referiam-se à realização de visitas domiciliares pela equipe de saúde, ao conhecimento, por parte dos profissionais, sobre os problemas de saúde da comunidade e à participação da família nos Conselhos Locais de Saúde.⁽⁹⁾

As respostas no instrumento foram dadas por escala tipo *Likert* com as opções: com certeza, sim (4); provavelmente, sim (3); provavelmente, não (2); com certeza, não (1). Para obter o escore de cada atributo, foi calculada a média de cada elemento que o compõe, gerando assim, a

média do atributo. A média de cada atributo foi transformada em uma escala de 0-10 conforme segue: $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/3$.⁽⁹⁾ Esse escore transformado tem como ponto de corte valores $\geq 6,6$ como considerados satisfatórios para a extensão do atributo na APS. Salienta-se que esse escore equivale ao valor três ou mais na escala *Likert*, sendo que, valores $< 6,6$ são considerados baixos.^(10,11)

Os questionários foram digitados em um banco de dados criado no programa *Excel* 2010 com dupla entrada e transferidos para o *software* SPSS 17.0 para análise. Os dados foram apresentados por meio da média, erro padrão, mínima e máxima de cada item dos atributos derivados. Os resultados descritivos foram apresentados com distribuição absoluta e relativa.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 548 questionários aplicados, obteve-se que para 440 (80,29%), o principal cuidador da criança era a mãe e 272 (49,64%) dos pais eram casados. Das crianças participantes do estudo, 228 (41,61%) são filhos únicos e 434 (60,94%) famílias possuíam renda de até dois salários mínimos. Com relação ao tratamento de água e esgoto, 526 (95,99%) e 310 (56,57%) tinham tratamento pela rede oficial, respectivamente.

Ao fazerem referência à fonte regular de atenção nos serviços de APS, 6,4% dos entrevistados citaram o enfermeiro e 41,1% o médico, ambos com vínculo empregatício com os serviços de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Profissional ou serviço de saúde referenciado pelo cuidador quanto ao grau de afiliação

Profissional / serviço	n(%)
Enfermeiro	35(6,4)
Médico	225(41,1)
Serviço de APS	288(52,5)
Total	548(100,0)

n = 548; APS - Atenção Primária em Saúde

Tabela 2. Atributo de orientação familiar

Variáveis	Serviços de APS Indicador (n=548)			
	\bar{X}	EP	Mínimo	Máximo
O profissional de saúde questiona sua opinião sobre o tratamento e cuidado com a criança	2,2	0,677	1	4
O profissional de saúde já questionou sobre as doenças que existem na família da criança	2,4	0,720	1	4
O profissional de saúde se reuniria com os familiares da criança	2,3	0,563	1	4
Total	2,3	0,471	1	4
Escore Médio	4,4*	3,168	0	10

EP – erro padrão; * Média transformada (0-10); APS - Atenção Primária em Saúde

Tabela 3. Atributo de orientação comunitária

Variáveis	Serviços de APS Indicador (n=548)			
	\bar{X}	EP	Mínimo	Máximo
Alguém do serviço faz visitas domiciliares	2,9	0,666	1	4
O serviço conhece os problemas de saúde da vizinhança	2,5	0,623	1	4
O serviço faz pesquisas na comunidade para identificação de problemas	2,4	0,606	1	4
O serviço convida os membros da família para participar dos Conselhos de Saúde	2,2	0,631	1	4
Total	2,5	0,487	1	4
Escore Médio	5,1*	0,162	0	10

EP – erro padrão; * Média transformada (0-10); APS - Atenção Primária em Saúde

A tabela 2 apresenta os resultados referentes a cada elemento que compõe o atributo de orientação familiar nos serviços de APS.

Destacam-se na tabela 3, os resultados de cada componente do atributo orientação comunitária.

O escore médio da orientação familiar e orientação comunitária nos serviços de saúde investigados foram, respectivamente, 4,4 e 5,1, abaixo do considerado satisfatório (6,6).

Discussão

A avaliação dos serviços de saúde utilizando um instrumento validado permitiu identificar a extensão dos atributos orientação familiar e comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de APS sob a ótica dos cuidadores. Salienta-se, contudo, que os resultados ora apresentados devem ser interpretados com algumas limitações, pois apontaram somente a visão dos usuários, sendo necessário conhecer também a visão dos profissionais que atuam na APS.

Um serviço de saúde orientado para a APS com a presença de características como orientação familiar e comunitária favorece o planejamento e execução de ações, permitindo que o cuidado de enfermagem e dos demais profissionais de saúde

seja mais efetivo, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da população infantil. No entanto, com relação ao vínculo nos serviços estudados, os cuidadores fizeram maior referência ao profissional médico (41,1%) quando comparado ao profissional enfermeiro (6,4%). Assim, este estudo trás como contribuição para a enfermagem a necessidade de ampliar a prática clínica dos enfermeiros no cuidado à criança nos serviços de APS, bem como, pautar essa prática na clínica ampliada, uma vez que nenhum saber isolado tem como dar conta da dimensão complexa dos problemas de saúde da população. A clínica ampliada visa romper as barreiras com a clínica tradicional, modificando o processo de trabalho partindo para o cuidado centrado nos sujeitos e no âmbito coletivo,⁽¹²⁾ modificando o modo de cuidar hegemônico, médico centrado e pautado nas ações pragmáticas.

Neste estudo, o modelo de atenção predominante na área urbana do município pesquisado é de unidades tradicionais de saúde (91,66%), sendo que até o período da coleta de dados existiam apenas duas equipes de ESF ativas na área urbana do município e ambas localizadas na mesma estrutura física. O início do processo de transformação do modelo assistencial deve ser realizado por meio da implantação de novas equipes de ESF de forma a

apreender as necessidades e as características locais, para o desenvolvimento das ações e orientado por meio de normatizações nacionais como a consolidação das redes de atenção, com foco nos determinantes sociais de saúde.

As mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde ainda produzem tensão, pois propõem alterações nas práticas convencionais da clínica e da gerência na área da saúde, sendo que, as relações mais democráticas entre os profissionais de saúde e esses com a população atendida devem ser respeitadas.⁽¹³⁾ Uma prática de trabalho não alienada e tendo as crianças e suas famílias como protagonistas do processo de cuidado fazem parte desse desafio que a APS propõe. Essa dicotomia, entre a prática cotidiana e os pressupostos da APS, faz com que a presença e extensão do atributo de orientação familiar apresentem-se enfraquecidas, contribuindo para que a atenção à saúde da criança seja pouco resolutive.

Um olhar ampliado sobre a criança e sua família favorece a construção do cuidado integral e resolutive, bem como, contribui para o fortalecimento das características que a APS indica, tendo assim, alicerces para a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis.

Para atender às necessidades da orientação familiar os serviços de saúde devem apresentar outras características inerentes da APS como a longitudinalidade, pois identificar o serviço como fonte regular de atenção é essencial para que haja o conhecimento dos contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças. Para atender a esse pressuposto, um dos questionamentos realizados foi com relação às doenças existentes na família da criança. Destaca-se que nos serviços de saúde avaliados a média desse elemento, foi inferior a 3,0 como pode ser observado na tabela 2, o que demonstra que a atenção não integra cuidados familiares, mostrando a fragilidade de outras características da APS, além da orientação familiar, como a longitudinalidade e orientação comunitária. Nesse sentido, tem-se que a participação da família nas decisões do cuidado da criança é fundamental para que o foco da atenção não seja fragmentado e atenda as necessidades da criança e do seu grupo familiar.

A integração da família no cuidado à saúde da criança, assim como, a integração dos serviços de saúde e seus profissionais no cuidado da família amplia a relação entre os sujeitos, remodelando o enfoque da assistência à saúde. No entanto, no município estudado, destaca-se ainda o cuidado centrado no indivíduo, pois o cuidado com enfoque familiar não ficou evidenciado ao longo do acompanhamento do ciclo de vida das crianças de zero a 12 anos, uma vez que como mostraram os dados na tabela 2, não se observa em toda sua extensão o atributo orientação familiar da APS como parte do cotidiano do processo de trabalho no atendimento à criança.

O escore médio 4,4 foi identificado na avaliação do atributo orientação familiar. Esse atributo também não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados pelos usuários (UBS e ESF) em estudos realizados nos estados de Minas Gerais e São Paulo, como também, em Santander na Colômbia.^(7,14,15) Entretanto, pesquisa realizada com crianças menores de um ano em município do interior de São Paulo, em ESF,⁽⁶⁾ obteve alto escore para este atributo, divergindo dos estudos anteriores. No entanto, o que pode justificar esse divergência de dados foi que no estudo em específico⁽⁶⁾ a população participante foi da área de abrangência de uma única unidade saúde da família, não totalizando as unidades do município ou do distrito de saúde selecionado.

No município estudado, o processo de territorialização teve conclusão no ano de 2012, contudo, conforme dados apontados pelos entrevistados, ainda existem lacunas no diagnóstico da comunidade adscrita, visto que os serviços pouco se aproximam da comunidade. Destaca-se que em nenhum dos elementos avaliados a média foi satisfatória (Tabela 3), o que denota fragilidade nos demais atributos da APS como longitudinalidade, acesso, integralidade do cuidado e orientação familiar.

Uma das ferramentas do processo de trabalho da APS para o conhecimento da comunidade é a visita domiciliar, a qual deve ser realizada por todos os profissionais de saúde. No entanto, neste estudo, a média identificada foi de 2,9 para esse item do atributo. Apesar de a visita domiciliar ser uma ferramenta importante para o processo de trabalho na ESF, essa

prática não é realizada de forma efetiva e muitas vezes não integra o plano de cuidado dos serviços. Salienta-se que a formação dos profissionais em direções não compatíveis com as propostas pela ESF e a forte presença tecnológica biomédica, favorecem esse aspecto negativo. Associado a esse aspecto tem-se o ambiente organizacional dos serviços de saúde, o qual possui uma dinâmica muito complexa que envolve os usuários, os profissionais de saúde e seus autogovernos e a gestão do serviço. Para tanto, pensar em mudanças no processo de trabalho em saúde reverte a uma série de reflexões acerca da macro e da micropolítica do processo de trabalho.

Nesse contexto, a ESF é um modelo de atenção que caminha timidamente, pois aposta em objetivos amplos e no papel de agentes comunitários e pouco discute as relações de trabalho dentro das equipes, não enfocando a prática interdisciplinar no cotidiano da atenção à saúde nesse serviço.⁽¹⁴⁾ A educação permanente em saúde pode ser uma estratégia para gerar novos conhecimentos e ampliar as discussões no ambiente de trabalho, integrando a equipe de saúde para identificar os pontos fortes e fracos do serviço, refletindo no cuidado integral à criança.

A fim de fundamentar a necessidade de uma melhor atuação dos serviços com relação à orientação comunitária, tem-se o conhecimento do serviço sobre os problemas de saúde da comunidade. Destaca-se que os serviços avaliados obtiveram média abaixo do ideal (Tabela 3), demonstrando mais uma fragilidade dos serviços com relação à integração com a comunidade adscrita. Uma abordagem orientada para a comunidade interliga a clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, modificando os programas a partir das necessidades e avaliando a efetividade dessas modificações.⁽¹⁶⁾

A realização de pesquisas na comunidade para identificação de problemas, também apresentou média insatisfatória. Salienta-se a importância de ouvir a população, pois normalmente os profissionais de saúde agem como conhecedores do que a população precisa e de que forma deve agir, realizando intervenções como se apenas o saber técnico e objetivo fossem suficientes para a efetividade do cuidado. Os problemas ou as necessidades de saúde da população também devem ser

considerados a partir dos determinantes sociais de saúde.⁽¹⁷⁾

Em consonância com outros estudos^(7,8,14,15) na avaliação do atributo de orientação comunitária, os escores deste estudo também foram considerados insatisfatórios. Fica evidente, dessa forma, que o escore dos atributos de orientação familiar e comunitária (4,4 e 5,1, respectivamente), não atende os pressupostos da APS, de incluir a família e a comunidade no cuidado da criança, fortalecendo a cultura de assistência centrada no indivíduo. É premente a necessidade de ampliação da rede de ESF no município em estudo com um processo de trabalho centrado na clínica ampliada, que realmente enfatiza o foco na família e na criança em seu contexto cultural e nas necessidades da comunidade. Para tanto, essa ampliação implica em reformulações das políticas públicas municipais, bem como, em alguns aspectos de estrutura e processo do cuidado para a efetiva implantação do serviço de APS na qualidade que se propõe.

Conclusão

Os atributos de orientação familiar e comunitária tiveram baixo escore na atenção à saúde da criança na avaliação do usuário dos serviços de atenção primária, não atingindo sua total extensão, comprometendo, desse modo, o grau de afiliação ao serviço e a resolutividade da atenção à saúde da criança na APS.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal 014/2011); ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil – GPEMI; aos Acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e especialização em saúde pública – *lato sensu* da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, *Campus Cascavel-PR*.

Colaborações

Araujo JP; Viera CS e Toso BRGO participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos

dados. Araujo JP; Viera CS; Toso BRGO; Collet N e Nassar PO contribuíram com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. 2011. [Acesso em 10 abr.2012]; Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.
2. Cursino EG, Fujimori E. [Completeness as a dimension of care practices for children's health: a literature review]. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):676-80. Portuguese.
3. Zamberlan KC, Neves ET, Viera CS, Buboltz FL, Kegler JJ, Santos RP. [Trajectory of relative caregivers of children to emergency unit]. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27(2):172-80. Portuguese.
4. Starfield B. [Primary care: balancing health needs, services and technology]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Portuguese.
5. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(2):176-83.
6. Furtado MC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RA. [Assessing the care of children under one year old in primary health care]. *Rev Latinoam Enferm*. 2013; 21(2):554-61. Portuguese.
7. Leão CD, Caldeira AP, Oliveira MM. [Aspects of primary care care for children: an evaluation of care-givers]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(3):323-34. Portuguese.
8. Pereira MJ, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LV, et al. [Evaluation of organizational and performance features in a Basic Health Unit]. *Rev Gaucha Enferm*. 2011; 32(1):48-55. Portuguese.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008; 6(2):116-23.
11. Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Shortt M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Can Fam Physician*. 2010;56(7):676-83.
12. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJ. [Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction]. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(1):126-30. Portuguese.
13. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu EN, Souza GC, Silva JA. [Team work under the perspective of health services management: instruments for the construction of inter-professional practice]. *Physis*. 2011 [cited 2012 nov 27; 21(2):629-46. Portuguese.
14. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglio RG. [Integrality and primary health care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo]. *Saude Soc*. 2011;20(4):948-60. Portuguese.
15. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de atención primaria en salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2013; 15(2):183-95.
16. Nogueira JA, Trigueiro DR, Sá LD, Silva CA, Oliveira LC, Villa TC, et al. [Family focus and community orientation in tuberculosis control]. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(2):207-16. Portuguese.
17. Fleury-Teixeira P. [A conceptual introduction to the social determinants of health]. *Saude em Debate*. 2009; 33(83):380-7. Portuguese.