

Rafaela de Oliveira Cunha¹
Vanessa Aparecida Nogueira Silva²
Isabel Cristina Gonçalves Leite³

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

✉ **Rafaela Cunha**

Prédio do NATES, Universidade Federal de Juiz de Fora, Martelos, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36036-900
✉ rafaeladeoliveiracunha@gmail.com

Submetido: 27/04/2021
Aceito: 06/12/2021

RESUMO

Introdução: A relação entre posição socioeconômica e as condições de saúde está bem elucidada na literatura. Indivíduos que ocupam posição superior na hierarquia social apresentam melhores condições de saúde que os indivíduos de posições imediatamente inferiores, mostrando o gradiente social das condições de morbidade. Nesse contexto, a saúde bucal é considerada um forte marcador socioeconômico, sendo fundamental para o estudo das iniquidades sociais em saúde. **Objetivo:** Apresentar a experiência do desenvolvimento de ações de saúde bucal destinadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em um município mineiro e propor uma reflexão sobre a importância da atenção à saúde bucal voltada para populações em vulnerabilidade social a partir da compreensão da determinação social da saúde. **Relato de Experiência:** Refere-se a um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, resultado da vivência de duas cirurgiãs-dentistas vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora em 2019. Entendendo que as crianças beneficiárias do PBF pertencem a um grupo vulnerável e de risco para doenças bucais, foram realizadas ações de saúde bucal voltadas para esse grupo. **Discussão:** As relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e o seu contexto e, desse modo, acabam por moldar os padrões de distribuição das doenças. As ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal de crianças beneficiárias do PBF colocaram em exercício o princípio da equidade e da integralidade. Além disso, favoreceram a construção do vínculo e aumento do acesso aos serviços odontológicos. **Conclusão:** Dentro das possibilidades do sistema de saúde, a atenção à saúde bucal poderia ser incorporada às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família visando diminuir as iniquidades em saúde bucal que afetam seus beneficiários.

Palavras-chave: Educação em Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between socioeconomic status and health conditions is well elucidated in the literature. Individuals who occupy a higher position in the social hierarchy have better health conditions than individuals in immediately lower positions, showing the social gradient of morbidity conditions. In this context, oral health is considered a strong socioeconomic marker, being fundamental for the study of social inequities in health. **Objective:** To present the experience of the development of oral health actions for benefiting children from the Bolsa Família Program in a city in Minas Gerais and to propose a reflection on the importance of oral health care aimed at populations in social vulnerability starting from the understanding of social determination of health. **Experience Report:** Refers to a descriptive study, an experience report type, result of the experience of two dental surgeons linked to the Multiprofessional Residency Program in Family Health at the Federal University of Juiz de Fora in 2019. Understanding that children BFP beneficiaries belong to a vulnerable group and risk for oral diseases, oral health actions aimed at this group were carried out. **Discussion:** Economic, social and political relations affect the way people live and their context and, in this way, end up shaping the patterns of disease distribution. The actions destined to promotion, prevention and recovery of oral health of children benefiting from the BFP put into the principle of equity and integrality practice. In addition, they favored the construction of bonds and increased access to dental services. **Conclusion:** Within the possibilities of the health system, the oral health care could be incorporated into the health conditions of the Bolsa Família Program in order to reduce the inequities in oral health that affect their beneficiaries.

Key-words: Health Education, Dental; Primary Health Care; Social Determinants of Health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção primária à saúde é organizada através da Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual se incluem as equipes de saúde bucal que devem trabalhar com a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os indivíduos e em todas as faixas etárias.¹ Adicionalmente, o Brasil tem utilizado estratégias emancipatórias de famílias socioeconomicamente vulneráveis, como o Programa Bolsa Família (PBF), que se relaciona a Estratégia Saúde da Família através das condicionalidades de saúde do programa.²

Através do Programa Bolsa Família, o Governo Federal, via transferência de renda direta, promove o alívio imediato da pobreza em grupos desfavorecidos e exige, em contrapartida, o cumprimento de uma série de condicionalidades das famílias beneficiadas, no intuito de reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde, alimentação e assistência social.³

No âmbito da saúde, o recebimento do benefício está condicionado aos serviços de imunização, vigilância nutricional, pré-natal e atividades educativas. Das famílias com crianças beneficiárias entre 0 e 7 anos de idade é exigido que todas estas crianças estejam com a carteira de vacinação em dia e sejam monitoradas quanto ao seu crescimento e desenvolvimento.²

Este grupo etário é o mesmo no qual as reduções dos índices de cárie dentária são menores no país. O último levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil, o SB Brasil 2010, destacou a necessidade de atenção especial à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes em 2010. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados, revelando uma redução de apenas 13,9% em 7 anos.⁴

A relação entre posição socioeconômica e as condições de saúde está bem elucidada na literatura. Indivíduos que ocupam posição superior na hierarquia social apresentam melhores condições de saúde que os indivíduos de posições imediatamente inferiores, mostrando o gradiente social das condições de morbidade e mortalidade. Nesse contexto, a saúde bucal é considerada um forte marcador socioeconômico, sendo fundamental para o estudo das iniquidades sociais em saúde.⁵

Frente ao exposto, o presente estudo tem por finalidade apresentar a experiência do desenvolvimento de ações de saúde bucal destinadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em um município mineiro. Além disso, propõe uma reflexão sobre a importância da atenção à saúde bucal voltada para populações em vulnerabilidade social a partir da compreensão da determinação social da saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Refere-se a um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, resultado da vivência de duas cirurgiãs-dentistas vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2019.

Foram realizadas atividades em saúde bucal destinadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, moradoras no território adscrito pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Guarani em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Entendendo que os beneficiários do Programa Bolsa Família pertencem a um grupo vulnerável e de risco para doenças bucais, ações de saúde bucal foram implementadas durante a visita semestral à Unidade Básica de Saúde pelos pares responsável-filho(a), para cumprir as condicionalidades do programa. Percebeu-se que essa seria uma oportunidade para reforço nas orientações em saúde bucal, especialmente voltadas para as crianças.

Em atendimento às condicionalidades de saúde do programa, os responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas pelas equipes de saúde e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento a cada 6 meses, conforme calendário de acompanhamento.⁶ As crianças e seus responsáveis que chegavam na Unidade Básica de Saúde, além de serem encaminhados para esses serviços, também eram conduzidos para o atendimento em saúde bucal.

Todas as crianças menores de 7 anos cujas famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa Família e que moravam no território atendido pela Unidade Básica de Saúde em questão, foram atendidas pela equipe de enfermagem, serviço social e de saúde bucal.

No primeiro contato das crianças e cuidadores com a equipe de saúde bucal, foram realizadas orientações sobre saúde bucal, alimentação, hábitos de sucção não nutritiva e possíveis dúvidas apresentadas pelos responsáveis. Além disso, foi ensinada a técnica correta de escovação com o auxílio de espelho e de uma escova dental, que foi entregue a todas as crianças.

Em seguida, foi realizado o exame clínico bucal das crianças com a utilização de luz indireta e abaixador de língua para estratificação do risco de cárie dentária. A partir desse exame, todas as crianças foram agendadas para tratamento odontológico na UBS. Caso fosse necessário, as crianças poderiam ser encaminhadas para o especialista em odontopediatria no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

DISCUSSÃO

A distribuição das condições de saúde e

doença em uma sociedade não é aleatória.² As relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e o seu contexto e, desse modo, acabam por moldar os padrões de distribuição das doenças. A saúde é, portanto, um produto social e os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.⁷

O impacto da pobreza no perfil de saúde tem origem nas situações persistentes de desvantagem e discriminação vivenciadas por determinados grupos sociais e que afetam a saúde de modo distinto. Por outro lado, a ocorrência de doenças em determinados grupos sociais contribui para reforçar as vulnerabilidades sociais e econômicas, colaborando para a persistência do ciclo perverso da pobreza.⁸

No Brasil, a despeito dos avanços de oferta e cobertura da rede pública de saúde com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são flagrantes as maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e os piores indicadores sanitários para os grupos mais pobres.^{8,9} Portanto, as estratégias voltadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde implicam a atuação tanto sobre a determinação social do processo saúde-doença quanto no combate às desigualdades do acesso aos serviços de saúde.⁸

É nesse cenário que o debate internacional sobre os programas de renda mínima com condicionalidades entra na agenda pública, por sua potencialidade em interferir no ciclo intergeracional de pobreza.^{8,10,11}

O Programa Bolsa Família, criado em outubro de 2003, consiste em um programa de transferência de renda condicionada, a nível nacional, destinado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza.^{2,10} Suas condicionalidades funcionam como estratégias para ampliar o acesso da população mais pobre aos serviços públicos, em especial os de saúde, educação e assistência social.¹⁰

Tem sido evidenciado que os programas de transferência de renda possuem impacto positivo nos indicadores de saúde de seus beneficiários.⁵ Ritzel destacou a importância da transferência de renda condicional do PBF enquanto um determinante econômico que tem ação social e que influencia no acesso à saúde dos indivíduos recebedores da Bolsa Família.¹¹ Contudo, a atenção à saúde bucal não está incluída entre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.⁶

Apesar do quadro epidemiológico de saúde bucal da população brasileira ter apresentado melhora nas últimas décadas com uma redução significativa dos índices de cárie dentária, a doença ainda é uma das mais prevalentes e assume um comportamento polarizador em que a parcela mais pobre da população concentra quase toda a carga da doença.⁵

O Programa Bolsa Família tem potencial de apoiar as práticas de promoção e de prevenção da saúde e, assim, modificar o curso das doenças ao

motivar o acompanhamento na Atenção Básica, através das condicionalidades de saúde para crianças menores de 7 anos, gestantes e nutrizes.² Essas crianças, em especial, reúnem duas condições importantes que as tornam um grupo vulnerável às doenças bucais: a idade e a situação econômica na qual estão inseridas.¹²

Na experiência relatada, notou-se uma alta prevalência de cárie dentária entre as crianças. O estudo realizado por Oliveira et al⁵ mostrou que escolares beneficiários do Programa Bolsa Família apresentaram maior prevalência de cárie e eram os que menos utilizavam os serviços odontológicos em comparação com alunos não beneficiários de escolas públicas e particulares. Santos et al¹³ também avaliaram a prevalência de cárie dentária de crianças que receberam o benefício desde seu nascimento e constataram uma média de ceo-d quase o dobro da média regional verificada no último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2010.⁴

O SB Brasil 2010 destacou a necessidade de atenção especial à dentição decídua e chamou a atenção para a alta proporção de dentes não tratados nessa faixa etária, que se manteve em um patamar de 80%.⁴

Chamou atenção o grande número de responsáveis de crianças mais novas, com os primeiros dentes em erupção, que relataram não saber da necessidade de higienização da boca nessa idade e nem como deveriam realizá-la, mesmo sendo moradores de uma região coberta pelo Estratégia Saúde da Família.

A literatura tem demonstrado uma alta prevalência de crianças de até 5 anos de idade que nunca utilizaram o serviço odontológico. O estudo de Ardenghi et al¹⁴ identificou que 75,8% das crianças nessa faixa etária nunca haviam ido ao dentista. Semelhantemente, Comasseto et al¹⁵ identificaram uma prevalência de 68,2% de crianças que nunca haviam feito uso de serviços de saúde bucal. Além disso, há associação entre a condição socioeconômica e o uso de serviços odontológicos, sendo que, em geral, crianças com menor nível socioeconômico têm menor probabilidade de usar esses serviços.^{14,15}

A Política Nacional de Saúde Bucal, no tocante à ampliação do acesso, orienta ações direcionadas ao grupo de crianças de 0 a 5 anos, destacando a organização do ingresso de crianças deste grupo etário no sistema aproveitando campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais, e o desenvolvimento de atividades em grupo de pais ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual.³

No entanto, a pesquisa realizada por Ritzel¹¹ destaca que os profissionais de saúde, desde os agentes e técnicos de saúde, enfermeiros, médicos e dentistas não interagem sistematicamente para saúde integral dos usuários e acabam por negligenciar a saúde bucal.

Existe um certo distanciamento que precisa ser

superado entre as equipes de saúde bucal e os demais profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse distanciamento pode ser explicado por fatores como a inserção tardia das equipes de saúde bucal na ESF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal e pela demanda clínica excessiva que toma grande parte do tempo das equipes de saúde bucal, impedindo-a de interagir com os demais profissionais.¹⁶

De fato, com o surgimento da Estratégia Saúde da Família, a odontologia se viu imersa num contexto de mudança de paradigma numa ótica diferente de atenção em saúde que busca olhar o paciente além dos seus problemas bucais. As ações de saúde bucal na ESF devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS que buscam, além da ampliação do acesso da população às ações de recuperação de saúde, a intervenção nos fatores determinantes da saúde.¹⁷

Foi possível concluir que a estratégia de atendimento a essas crianças foi muito efetiva, possibilitando o alcance de uma população com alta prevalência de cárie e que antes não acessava os serviços de saúde bucal. Através do atendimento das crianças, notou-se que muitas vezes era possível alcançar também o restante da família, tendo a ação um impacto ainda maior.

A experiência também contribuiu para a integração da equipe de saúde bucal ao restante da equipe da ESF, possibilitando, além da troca de conhecimentos entre os profissionais, uma abordagem integral do indivíduo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas.³

Além disso, a introdução dessas crianças no cuidado à saúde bucal pode possibilitar o desenvolvimento de um hábito de visitas regulares ao dentista, o que é de fundamental importância para a prática de medidas de prevenção primária em saúde bucal. Acredita-se que consultas odontológicas preventivas em crianças desde mais jovens tem potencial de diminuir visitas subsequentes relacionadas a problemas odontológicos e podem tornar o atendimento mais efetivo e menos oneroso.

Pode-se dizer também que as ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal de beneficiários do Programa Bolsa Família colocaram em prática o princípio da equidade. A equidade na oferta de serviços de saúde implica a ausência de diferenças para necessidades de saúde iguais e a provisão de serviços prioritariamente para grupos com maiores necessidades. Nesse caso, indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade em decorrência da sua posição social devem ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada.⁷

Foi possível perceber uma maior utilização dos serviços de saúde bucal não só pelas crianças beneficiárias do programa, que foram o alvo dessa ação, mas também pelos demais membros familiares, em decorrência do vínculo formado entre os profissionais e a família. A formação do vínculo promove uma relação de confiança e respeito que acontece por meio da identificação das necessidades do usuário,¹⁸ e tem potencial de facilitar a adesão popular ao serviço de saúde.¹⁹ Para Franco,²⁰ a formação do vínculo profissional-usuário necessita que os profissionais se insiram na comunidade, despidendo-se de conceitos preestabelecidos e discursos verticalizados, a fim de conhecer a realidade de cada indivíduo e família.

Portanto, visto que famílias do Programa Bolsa Família são incentivadas a frequentar a Unidade Básica de Saúde semestralmente para vigilância em saúde,⁶ fazem-se imprescindíveis ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal com frequência regular voltadas para essa população, com o objetivo de ampliar seu acesso aos serviços odontológicos e, conseqüentemente, obter melhorias nas condições de saúde bucal.

CONCLUSÃO

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde e as diferenças nas condições de vida que levam às iniquidades no perfil de saúde da população estão implicadas no quadro de pobreza atual. Esse quadro justifica a inclusão das condicionalidades relacionadas à saúde no Programa Bolsa Família como forma de assegurar o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

A experiência relatada da realização de ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal destinadas às crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família possibilitou o exercício da integralidade e da equidade, bem como o aumento do acesso dessa população aos serviços odontológicos.

Portanto, conclui-se que, dentro das possibilidades do sistema de saúde, a atenção à saúde bucal poderia ser incorporada às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família visando diminuir as iniquidades em saúde bucal que afetam seus beneficiários.

AGRADECIMENTO

Nossos manifestos agradecimentos a todos os membros das equipes da UBS Parque Guarani, seus colaboradores e à comunidade dos bairros Parque Guarani e Vivendas da Serra.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde.

- Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. [Citado em 2021 jan 10]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acess em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Petrola KAF. Ações de saúde bucal em crianças do programa bolsa família [Dissertação]. Fortaleza: Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 93p.
 3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [Internet]. [Citado em 2021 jan 10]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Acesso em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
 4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais [Internet]. [Citado em 2021 jan 16]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
 5. Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1039-47. DOI: doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004688
 6. Ministério da Cidadania (BR). Secretaria Especial de Desenvolvimento Especial. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família [Internet]. [Citado em 2021 abr 24]. Brasília: Ministério da Cidadania; 2020. Acesso em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/Acompanhamento_condicionalidades.pdf
 7. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [Internet]. [Citado em 20 mar 2021]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Acesso em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades/>
 8. Trevisani JJD, Burlandy L, Jaime PC. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. *Saude Soc*. 2012; 21(2):492-509. DOI: doi.org/10.1590/S0104-12902012000200021
 9. Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 12(6):1415-21. DOI: doi.org/10.1590/S1413-81232007000600002
 10. Ferreira MN. Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 137 p.
 11. Ritzel IF. Bolsa Família e saúde bucal em população de baixa renda do município de São Leopoldo [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 240p.
 12. Goedert FW. Perfil de saúde bucal em beneficiários e não beneficiários do programa de transferência de Renda Bolsa Família [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2019. 132p.
 13. Santos VE, Alencar AV, Brasileiro SRM, Cavalcanti F, Vilela MH, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *Rev Fac Odontol*. 2013; 18(1):61-6. DOI: doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3019
 14. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children [Internet]. *Oral Health Prev Dent*. 2012; 10(1):17-27.
 15. Comasseto MO, Baumgarten A, Kindlein KA, Hilgert JB, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24(3):953-61. DOI: doi.org/10.1590/1413-81232018243.29082016
 16. Silva MM. A importância da inserção da equipe de saúde bucal em uma equipe de PSF em Corinto [trabalho de conclusão de curso]. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 35p.
 17. Mattos FCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):373-82. DOI: doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012
 18. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família [Internet]. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6(3):350-9.
 19. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado, MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64. DOI: doi.org/10.1590/S0080-62342009000200015
 20. Franco ECD. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1):49-58.