

Agradecimentos

A todos os meus familiares pelo apoio incondicional recebido hoje e sempre em meus projetos pessoais e profissionais

A minha querida orientadora e amiga Maria de Fátima Lobato Tavares (Fafá) que sempre tem apoiado e estimulado o desenvolvimento de meu projeto de qualificação profissional.

Aos meus colegas de mestrado, que colaboraram e me ajudaram a concluir este curso mesmo com as dificuldades enfrentadas na gravidez, parto e nascimento de meu filho.

A coordenação e professores deste mestrado, que tanto enriqueceram minha formação profissional com seus conhecimentos

Aos profissionais de saúde da regional II que prontamente colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu amigo e primeiro orientador Pedro Palha, que me incentivou e apoiou a seguir os estudos em Promoção da Saúde e Saúde da Família. Desde a iniciação científica durante a graduação de enfermagem.

Aos meus amigos pela paciência comigo nesta caminhada árdua e prazerosa da saúde pública.

Aos professores Ivana Cristina Holanda Barreto, Sérgio Pacheco de Oliveira e Antenor Amancio Filho pela disponibilidade e colaborações com minha qualificação profissional.

Dedicatória

Ao meu filho Giuliano que pacientemente
dividiu seus primeiros dias de
existência (dentro e fora do útero) com este trabalho.

Ao Ernani, meu amor, pelo apoio de todas as horas.

Aos meus pais pela dedicação de toda a vida

**AOS ESFARRAPADOS DO MUNDO
E AOS QUE NELES
SE DESCOBREM E,
ASSIM DESCOBRINDO-SE,
COM ELES SOFREM,
MAS, SOBRETUDO,
COM ELES LUTAM.
Paulo Freire**

1. Resumo

O presente estudo analisou a percepção dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família de uma regional de Fortaleza, sobre a Promoção da Saúde e suas ações de Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família. A análise dos discursos, utilizando a técnica do DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) possibilitou conhecer no senso comum destes profissionais, a interpretação dos conceitos teóricos e sua aplicação prática na rotina de trabalho. Os discursos mostraram que para os profissionais de saúde a Estratégia Saúde da Família está em processo de implantação em Fortaleza, com apenas dois anos de trabalho das equipes nos territórios. A Promoção da Saúde apresenta variações quanto à sua compreensão que vão desde as concepções enquanto ações de prevenção de doenças, de educação em saúde, como também a busca por qualidade de vida com ações integradas da comunidade e o poder público. A Promoção da Saúde nas práticas cotidianas das equipes está centrada nas ações de educação em saúde nos grupos operativos organizados nas unidades e ações de saúde bucal dos escolares. Existe a manifestação e o reconhecimento da necessidade de trabalhar de forma integrada com a comunidade, compartilhando saberes e a busca por parcerias sólidas de intersetorialidade entre os diversos serviços governamentais e não-governamentais presentes nos territórios de atuação das equipes. A partir destes discursos fizemos propostas de intervenção na Saúde da Família, na busca de implementar as ações de Saúde voltadas para a integralidade da assistência, seguindo os preceitos do SUS, da Estratégia Saúde da Família e da Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família, Promoção da Saúde, percepção dos profissionais

2. Abstract

The present work examined the perception of graduated professionals of Family Health's teams of a region of in Fortaleza about the Estrategy Family Health, the Health Promotion and its actions on Health Promotion Strategy in Family Health. The analysis of the discourses, using the technique of DCS (Discourse of the Collective Subject), allowed to know, in the common sense of these experts, the interpretation of theoretical concepts and practical application of these concepts in the routine work. The discourses showed that, for health professionals, the family health strategy is in process of deployment in Fortaleza, with only two years of work. The Health Promotion presents variations on its understanding that range from actions on disease prevention to health education, including the pursuit of quality of life with integrated actions of the community and the government. The Health Promotion in the team's everyday practices is focused on the actions of health education in operating groups organized in the units and actions of oral health at schools. Many express and recognize the need of working integrated to the community, sharing knowledge and the search for strong intersectional partnerships among governmental and non-governmental various activities found in the territories of the teams. From these discourses we will make proposals for intervention on Family Health, trying to implement the Health actions aimed to the integrity of assistance, following the precepts of SUS, the Family Health Strategy and Health Promotion.

Keywords: Family Health, Health Promotion, perception of professionals

3.Introdução

A Saúde Pública é um campo de conhecimentos e práticas científicas e sociais, historicamente construídas sobre o processo saúde-doença e sua expressão no coletivo, que visa preservar e promover a saúde, assim como prevenir as doenças, os agravos e seus fatores de risco. Nessa perspectiva, a Saúde Pública busca constantemente atender às mudanças sociais, políticas e econômicas, na tentativa de promover a saúde dos indivíduos, para que estes possam ter maior longevidade, autonomia e qualidade de vida.

O conceito de saúde vem evoluindo de acordo com as mudanças políticas, sociais e econômicas dos países em diferentes momentos da história. Estas mudanças têm se refletido nos modos de produção, na organização dos serviços de saúde e no perfil epidemiológico dos países ⁽¹⁾. Na Europa o movimento de incorporação das questões sociais relativas à saúde teve início no começo do século passado apontando que saneamento básico e melhor nutrição tiveram maior impacto na redução da mortalidade na Inglaterra no século XIX e a primeira metade do século XX. As intervenções médicas como imunizações e a antibioticoterapia tiveram influência tardia e de menor importância relativa ⁽²⁾.

Nas Américas a organização da assistência à saúde estava centrada nos preceitos do relatório Flexner-EUA 1910 – orientado para o cuidado biomédico, seguíntado e especializado, centrado nas patologias e nos métodos de reabilitação e cura, desvalorizando os sujeitos e seus modos de vida. Este modelo de atenção à saúde apresentava baixa resolutividade e os custos elevados preocupavam os gestores da saúde, deflagrando a necessidade de pensar alternativas para reduzir os custos com a assistência médica.

O movimento de reorganização dos sistemas de saúde, dentro de uma perspectiva de integralidade do sujeito e valorização das dimensões sociais da saúde-doença, materializou-se

com a publicação do Informe Lalonde (Canadá, 1974). O referido documento, elaborado por Marc Lalonde (ministro da saúde canadense) propunha um planejamento estratégico da Saúde Pública para o valor de resultados à saúde ⁽³⁾, considerando os aspectos da biologia do homem, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção. As ações eram organizadas nas estratégias de Promoção da Saúde, Regulação, Eficiência da atenção sanitária, investigação e estabelecimento de Objetivos ⁽⁴⁾.

O documento tem uma tônica de “culpabilização” das vítimas, responsabilizando os indivíduos pela própria saúde, exigindo cooperação de quem vive em condições vulneráveis, podendo ser antiético (Pinto,2000) apud ⁽⁴⁾.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata (Cazaquistão, 1978) incorpora o debate sobre os determinantes sociais da saúde, tornando-se a estratégia para alcance da “saúde para todos até o ano 2000 (SPT/2000)”.

Em 1986, na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá ⁽⁵⁾, a Promoção da Saúde é proposta enquanto política de saúde e passa a embasar a construção de novos modelos de atenção num modo positivo de ver a saúde como um meio para se viver e não como o objetivo de vida ⁽⁵⁾.

Nas décadas seguintes, com a continuidade do movimento da Promoção da Saúde, realizaram-se várias Conferências de Saúde, organizadas pela OMS. Em Adelaide, (Austrália, 1988) firmou-se a necessidade dos países adotarem políticas públicas saudáveis. O cuidado com o meio ambiente foi pauta em Sundsval (Suécia, 1991). Em Jacarta, (Indonésia, 1997) reafirmou-se os princípios de Ottawa e a necessidade de implementar as ações nas cidades, escolas e locais de trabalho. Na Cidade do México (México, 2000) a necessidade de elaboração de projetos nacionais de Promoção da Saúde. Em Bangkok (Tailândia, 2005) a pauta discutida foi o mundo globalizado, e a necessidade da colaboração mútua para o

cumprimento das metas do milênio. A análise das Declarações destas conferências nos indica que existe um movimento crescente de positividade do conceito de saúde, enfatizando a importância dos determinantes sociais da saúde e da articulação do setor saúde com os diversos setores sociais com vistas ao desenvolvimento econômico, político, cultural e social ⁽⁶⁾.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a meta “Saúde Para Todos no Século 21 (SPT/sec.21)”, reafirmando a meta SPT/2000. Definiu-se a estratégia da Promoção da Saúde como metodologia para alcance da SPT/sec.21 considerando que seu eixo central é a questão da saúde/doença na sociedade ⁽⁷⁾.

A formação médica no Brasil juntamente com todo o sistema Educacional no país foi ampliada a partir da década de 30 pelo Estado, sendo ainda mais expressiva entre 60 e 70 com a participação da iniciativa privada. Seguindo os preceitos Flexnerianos de promover a formação de especialistas nas diversas áreas aplicadas da medicina o mercado recebeu um grande número de profissionais formados na rede hospitalar que também encontrava-se em expansão na época. ⁽⁸⁾

Desde os anos 70 várias propostas foram gestadas para elaboração de um modelo de atenção que desse conta do modelo ampliado de saúde ⁽⁹⁾. O sistema de saúde brasileiro tem convivido com diferentes modelos de organização da assistência, envolvendo por um lado a reorganização e a racionalização interna do modelo médico-curativo, “hospitalocentrico” já existente, por via de uma reforma administrativa e o modelo centrado na Atenção Primária a Saúde, que teve início com o sanitarismo- campanhista e as Ações Integradas de Saúde, com outro ordenamento baseado num planejamento que considerasse a resposta às necessidades sociais em saúde ^{(10) (11) (12)}. O movimento sanitarista tinha como referencia conceitual o modelo higienista de Osvaldo Cruz, devido a alta incidência das doenças infecciosas e

parasitárias, porém já existe nessa mesma época a preocupação com as doenças crônico-degenerativas. Dentre os muitos desafios, tornar o acesso à saúde universal e não mais um serviço de segregação social, como a estrutura de assistência organizada exclusivamente para os trabalhadores formais fez com que o movimento da reforma ganhasse força e apoio em outros setores da sociedade. Um marco de grande importância pra época foi a criação do CEBES e da Abrasco , instituições que tem conduzido junto com demais parceiros as negociações para a efetivação da reforma sanitária e do SUS⁽¹³⁾

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986⁽¹⁴⁾, surgiram as bases para a construção de um modelo de atenção, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos eixos transversais são, universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional .

As mudanças no modelo de saúde no Brasil desde a Constituição de 1988, com objetivo de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de Prevenção e de Promoção da Saúde⁽²⁾ teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 – PACS. Posteriormente, a necessidade de reordenação da Atenção Primária em Saúde deu-se através da Estratégia Saúde da Família em 1994 (ESF), que nasceu sob os moldes de programa e hoje é uma política pública consolidada ⁽¹⁵⁾.

Na Estratégia Saúde da Família, a prática assistencial é centrada na família em seus territórios e comunidades, com o olhar para o seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas individuais ⁽¹⁶⁾.

Desde sua implantação podemos observar mudanças no seu modo de sustentação financeira e política, que indicam o processo de descentralização dos serviços de saúde. A substituição dos modelos de atenção ambulatoriais anteriores à criação do SUS tem o objetivo de proporcionar

aos profissionais da Saúde da Família a apropriação do território e a responsabilidade sanitária.

A Saúde da Família tem sido importante na redução de algumas iniquidades sociais, acessibilidade aos serviços e melhora no perfil de morbimortalidade das comunidades, como a redução da mortalidade infantil e materna, ampliação de cobertura vacinal; mas tem encontrado dificuldades em trabalhar o “empoderamento” dos indivíduos e a integralidade da assistência. Além disso, enfrenta resistências impostas pelo modelo hegemônico que ainda dita o pensamento formador de grande parte dos profissionais de saúde e das comunidades.

Segundo Becker et al ⁽¹⁷⁾ o trabalho comunitário, que busca o *empowerment*, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido.

A proximidade de origens e identidade entre a Saúde da Família e a Promoção da Saúde (PS) é demonstrada considerando-se a ESF enquanto espaço privilegiado para as ações de Promoção da Saúde. A ESF, como modelo para reorientação dos serviços, tem nas proposições da PS elementos essenciais, como o trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, a intersetorialidade, o empoderamento, a co-responsabilidade do processo saúde-doença e a participação social para ultrapassar a atenção à demanda e as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional ⁽¹⁾⁽¹⁷⁾.

Um dos aspectos fundamentais do empowerment diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário, que busca o empowerment, contribui para o

surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido
(18).

A Promoção da Saúde tem seu debate sempre acompanhado das conjunturas e do desenvolvimento social e político da época, sem homogeneidade nas linhas de pensamento. Para Sigerist na década de 40 estava embasado em ações de educação sanitária e políticas públicas saudáveis. Na década de 60, para Leavell & Clark, a PS é apenas um nível de atenção da medicina, sendo uma etapa de atuação preventiva da História Natural da Doença⁽¹⁹⁾.

Este conceito de PS favoreceu o processo de culpabilização dos indivíduos quanto à sua condição de saúde pelo fato de não terem os conhecimentos necessários para se ter saúde. Já o movimento denominado por Buss de Nova Promoção da Saúde trata os conceitos e ações de Promoção da Saúde como de responsabilidade conjunta do Estado e sociedade civil, diretamente relacionada ao modo de organização socioeconômica e política, de organização das ações de saúde priorizando os determinantes sociais da doença⁽²⁰⁾.

Segundo Buss, o fenômeno da globalização tem causado forte influência sobre as condições sociais, econômicas e culturais dos países, assim como também influencia a pobreza, as condições de saúde e as condições gerais de vida. A estratificação gerada pelo contexto social confere aos indivíduos posições sociais distintas que provocam diferenciais de saúde como exposição a fatores de risco, vulnerabilidade e impacto da doença na vida do indivíduo e sua família⁽²¹⁾.

A promoção de saúde, assim entendida, tem a ver com o que vem sendo chamado classicamente, no jargão da Saúde Coletiva, de determinação

social do processo saúde-doença e que há pouco entre nós ganhou o status de política pública através da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. Assim, na linha acima proposta, considerando a busca desses determinantes como uma tarefa eminentemente semiótica - uma vez que implica ler, pesquisar e interpretar a doença e suas causas básicas como signos – é necessário partir não do ponto de chegada, que é o social ou a saúde no social, mas do ponto de partida, que são as doenças⁽²²⁾.

Para analisar a Promoção da Saúde no contexto da Saúde da Família é necessário utilizar procedimentos metodológicos que permitam uma focalização sobre alguns de seus aspectos e entre outros, ressalta-se a formação e a organização da equipe como categorias de análise importantes para a avaliação global da Promoção da Saúde na Saúde da Família.

A identificação dos saberes dos profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde e de seus modos de desenvolver as ações é importante para se entender quais são as dificuldades de implementação de um modelo com essas características. Também possibilita propor intervenções que permitam a Saúde da Família superar alguns limites que têm impedido a reorientação dos serviços para atender ao conceito de saúde enquanto qualidade de vida. Minha atuação enquanto enfermeira de Saúde da Família e gestora da saúde fez despertar o interesse pelo pensar e agir dos profissionais de Saúde da Família e como eles têm pensado o cotidiano de trabalho na Estratégia, principalmente as concepções e ações de Promoção da Saúde. Partindo desses pressupostos, questiona-se: Qual a compreensão dos profissionais de saúde de nível superior das Equipes da Saúde da Família (ESF) da Regional II de Saúde de Fortaleza - CE sobre Promoção da Saúde? Como visualizam sua implementação?

4.Objetivos:

4.1Geral:

Análise no discurso dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família da Regional II de Fortaleza - CE; como os mesmos percebem e desenvolvem as ações de Promoção da Saúde em suas atividades e propor alternativas para consolidar as ações promotoras no SUS.

4.2Específicos:

Detectar o conhecimento dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família da Regional II de Fortaleza - CE sobre Promoção da Saúde

Analisar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas por cada categoria, nas equipes da Saúde da Família

Propor estratégias de intervenção com base na Promoção da Saúde.

5.Metodologia

O presente estudo é de caráter descritivo, inserido nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação científica. Foi realizado no município de Fortaleza, na Secretaria Executiva Regional II, que compreende 14,6% da população geral do município, com grandes diversidades demográficas e socioeconômicas, possibilitou a avaliação de uma área bastante heterogênea. A SER II conta atualmente com 38 equipes de SF e 32 de SB. O território da regional concentra a maior parte da orla marítima de Fortaleza com a rede hoteleira e turística, a região portuária, comunidades de pescadores, o centro comercial e os bairros de classe média alta. A Saúde da Família nesta regional vive essa diversidade social, com suas iniquidades, concentração de renda (apresenta em territórios limítrofes o maior e um dos menores IDH do município) e diversas necessidades.

Os dados foram colhidos através de entrevistas realizadas com roteiro semi-estruturado para uma amostra de 3 médicos, 4 enfermeiros e 4 odontólogos, devido a que em

uma das equipes entrevistadas estava faltando o profissional médico. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos profissionais, com agendamento prévio, no período de maio a julho de 2008, gravadas mediante autorização e assinatura dos termos de consentimento livre esclarecido, e posteriormente transcritas utilizando pacote office/word. As questões abordaram a compreensão dos profissionais de nível superior referentes à Estratégia Saúde da Família, a Promoção da Saúde e as ações desenvolvidas por eles enquanto agentes da Saúde da Família.

Anteriormente a realização das entrevistas o referido projeto foi submetido ao CEP da ENSP conforme a legislação vigente para pesquisa envolvendo seres humanos e animais resolução 196/96, parecer nº 224/07, aprovado em abril de 2008. Neste período de visita aos centros de saúde da família aproveitei para observar as atividades cotidianas individuais e coletivas dos profissionais. Os quatro Centros de Saúde da Família observados, dois deles tem atendimentos exclusivos de equipes de Saúde da Família, anterior à implantação das equipes do concurso em 2006 e os outros dois Centros de Saúde da Família reúnem equipes de Saúde da Família com demais profissionais da atenção básica que prestam atendimento ambulatorial concomitante e/ou em horários diferenciados.

Os profissionais entrevistados são todos concursados para a função, compondo as equipes de saúde há pouco mais de dois anos. Todos eles relataram experiências anteriores de trabalho na Estratégia Saúde da Família em municípios do interior do Ceará, com média de aproximadamente sete anos de trabalho em Saúde da Família ou Saúde Pública. Somente um dos entrevistados não tem pós-graduação concluída, mas está cursando no momento a especialização em Saúde da Família organizada pelo Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria de Saúde do Município. Somente um dos entrevistados tem formação em área especializada não relacionada à atenção primária em saúde. Os enfermeiros apresentaram

perfil com amplo conhecimento em epidemiologia e dois deles relataram participação em colegiados comunitários como o Orçamento Participativo. Apesar da amostra de profissionais para as entrevistas ter sido pequena foi bastante significativa. Neste período o município estava com suas atenções voltadas pra o atendimento de uma epidemia de dengue, concentrando os atendimentos aos doentes e sintomáticos que vinham procurar as unidades de forma sistematizada e programada e algumas atividades estavam temporariamente suspensas.

Utilizou-se como técnica de análise dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa da linha qualitativa e que tem como objetivo expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse exatamente o emissor de um discurso único. A extração de cada um dos depoimentos orais, as Idéias Centrais –IC- e as sua respectivas Expressões Chaves -ECH, bem como as IC e as ECH, compõem os vários discursos-síntese, denominados de Discurso do Sujeito Coletivo - DSC ⁽²³⁾.

Assim sendo, Lefèvre e Lefèvre explicitam que o DSC tem como finalidade, enquanto uma estratégia metodológica, visualizar com maior clareza uma dada representação que surge a partir de uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração segue uma lapidação analítica de decomposição e que é caracterizado inicialmente, pela seleção dos principais Temas ou Idéias Centrais presentes nos discursos individuais ⁽²³⁾.

Para Simioni ⁽²⁴⁾ o conteúdo do DSC deve representar o que foi dito, ou poderia ter falado, por um determinado sujeito individual e que seu outro amigo *atualizou* por ele, visto que o DSC é a expressão concreta do imaginário do mesmo campo de ambos e de determinada posição que ocupam dentro deste. O DSC deve ser ao máximo transparente e, se possível, sempre aparecendo ao lado dos discursos individuais dos sujeitos, para que a necessária

arbitrariedade presente na sua construção seja objeto de avaliação e contestação pelo leitor, assim como a sua síntese deve parecer que o discurso de todos fosse de um sujeito apenas.

Queiroz ⁽²⁵⁾ comenta que a entrevista é a forma mais antiga e mais difundida de se obter dados orais; nas ciências sociais ela é considerada como uma técnica de excelência. É uma conversação que flui entre informante e pesquisador, sendo o tema abordado o que geralmente conduz a uma necessidade investigatória do pesquisador. Assim sendo, o pesquisador tem a tarefa de conduzi-la, podendo seguir um roteiro previamente estabelecido. Para a autora, a captação dos dados decorre de uma maior ou menor habilidade em orientar o informante sobre o tema, pois é ele que conhece o acontecimento, suas circunstâncias, as condições atuais e históricas, ou por tê-lo vivido ou estar vivendo a experiência. A entrevista permite, dessa forma, apropriar-se de dados originais ou complementares. Ela está sempre em todas as formas de coletas dos relatos orais, implicando sempre em um colóquio entre pesquisador e narrador.

6. Resultados e Discussão

Após a transcrição e análise das falas por categoria profissional, procedemos a construção dos discursos, conforme descritos abaixo:

6.1 ODONTÓLOGOS

O que você pensa da Estratégia Saúde da Família?

IC1: É uma estratégia de atenção básica com atuação individual e no coletivo.

DSC1:

...assim, eu tô consultando a mãe eaí eu atingi a saúde dos filhos, do esposo, enfim, pegar a família né, e não ser só ficado na doença, focado naquele

problema específico, mas buscando uma melhoria de condição de vida pra aquela família.....

IC2: A estratégia não foi pensada para grandes cidades ou regiões centrais.

DSC2:

.... Ela talvez tenha sido planejada ou pensada para locais pequenos. Municípios pequenos, distritos. É... Periferia ela funciona muito bem, em outros locais, já acredito que não funciona bem a questão do território não funciona direito, a gente atende muita gente de fora, então, a estratégia da saúde da família para funcionar num local central eu acho mais difícil. Embora eu ainda acredite que ele um dia vai dar certo!

A saúde bucal em Fortaleza foi integrada à Saúde da Família em 2005 com o credenciamento de 100 equipes. Foi ampliada a partir de 2006 quando tomaram posse as 219 equipes hoje atuantes nos Centros de Saúde da Família, após o concurso público que foi realizado. A demanda reprimida por assistência de cuidados curativos tem lotado as agendas dos profissionais, dificultando para os mesmos a programação e execução de ações coletivas preventivas e de promoção da saúde. Hoje sistematicamente as equipes têm atuação de educação em saúde junto às escolas.

Estes profissionais vêm de experiências mais consolidadas da Saúde da Família em municípios menores, com maior facilidade de planejamento das necessidades do território. Fica para estes a impressão de não estar realizando as ações previstas para a Saúde da Família, quando na verdade este processo é recente e tem sido construído por eles cotidianamente.

Os profissionais da saúde da Família percebem estas dificuldades na rotina de trabalho devido peculiaridades referentes aos grandes centros urbanos, como a dificuldade de atender a população do território adscrito, por

grande demanda espontânea devido o fluxo de trabalhadores nos grandes centros urbanos. A necessidade crescente de prestar atendimento em horários diferenciados para atender as necessidades dos trabalhadores e a convivência com as morbidades referentes às causas externas que é mais acentuada nos grandes centros urbanos. A estratégia realmente tem de ser ajustada para a realidade das grandes cidades dispondo de equipes maiores, atendendo demanda programada e espontânea, com atendimento de urgência e sistema de referência-contrareferência aprimorado ⁽²⁶⁾.

O que você entende por Promoção da Saúde?

IC: Promoção da saúde como qualidade de vida.

DSC:

Não passa somente pela área da saúde em si diretamente, mas também, indiretamente a partir de outros setores, como o setor de infra-estrutura, com moradias melhores, saneamento básico, a educação, que tudo isso vai fazer com que direta ou indiretamente melhore a saúde da população. Não necessariamente a saúde como ausência de doença, aquela questão toda filosófica, mas, a promoção da saúde é qualquer meio... não necessariamente você fazendo a intervenção, pode ser só uma conversa ou fazer palestra.

O conceito de PS descrita traz a dimensão das ações para a melhoria das condições gerais de vida das pessoas, com intervenção nos determinantes sociais de doença. A necessidade de ações intersetoriais e as parcerias entre Estado e sociedade civil, seja ela organizada ou não. Também mostra a necessidade de educação para a melhora da saúde e qualidade de vida.

Ações de Promoção da Saúde desenvolvidas na Saúde da Família

IC: Realização de práticas educativas com escolares e grupos operativos

DSC:

A demanda do curativo é muito grande certo. Então a gente acaba que sendo cobrado, por fazer muito curativo. Mais curativo até do que a parte educativa, a parte da promoção mesmo. Então o quê que a gente faz assim de promoção, o que a gente busca é que seja inserida a prática de higiene bucal no dia a dia daquele aluno. Pra aquilo ser tornar uma ação contínua, que independente dele tá ou não na escola depois, ele vai sentir a necessidade de saber a importância daquilo. É uma ação simples com grande repercussão né.

Os profissionais relatam uma prática de educação em saúde formal nos moldes tradicionalistas, o que Paulo Freire denomina de “educação bancária”:

A narração, de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão ⁽²⁷⁾.

Aparece também nos discursos o desejo de que estas práticas educativas sejam internalizadas e possibilitem o “empoderamento”, numa lógica libertadora que proporcione autonomia do cuidado destes cidadãos, revertendo em qualidade de vida. Assim como também deixam claro a necessidade emergencial de cuidados assistenciais diretos devido à precariedade da saúde bucal encontrada nas comunidades.

6.2 MÉDICOS

O que você pensa da Estratégia Saúde da Família?

IC: Organização da atenção primária em processo de construção.

DSC:

Na estratégia a gente tende por ter que conhecer o território, conhecer a área que trabalha; É... como se deveria trabalhar e se desse certo a estratégia e espero que dê, a gente vai melhorar muito a parte da questão da super lotação dos hospitais... enquanto não entenderem que atenção primária é essencial para dar certo porque a gente hoje não tem uma infra-estrutura boa, salários dignos...e profissionais mesmo atuantes, que gostem, que tenham esse perfil do médico de família. Você vê muito médico trabalhando no PSF, mas que não tem o perfil de médico de família mesmo.

O rompimento com o paradigma hegemônico da saúde, centrado na valorização exacerbada da doença/doente permite o desenvolver do trabalho da Saúde da Família que caminha na corrente contrária, valorizando a integralidade da assistência e os indivíduos no meio em que vivem. Podemos perceber que a proposta e suas ações assistenciais são mal compreendidas pelos profissionais, que muitas vezes não foram capacitados/formados para está lógica contra hegemônica que fundamenta a Estratégia.

Considerando o mundo real e histórico das formações sociais contemporâneas, haveria, pois, dois caminhos em disputa em direção à saúde. O atualmente hegemônico, que consiste em buscar a saúde pelo controle tecnológico da doença. Neste contexto a saúde equivale à busca da cura ou prevenção da doença pela via das tecnologias de intervenção nos corpos e/ou mentes ou nos agentes causadores. O contra-hegemônico, que implica fugir

dessas armadilhas do processo de mercantilização/tecnologização da saúde-doença, abandonando-se à “solução tecnológica” (22).

O que você entende por Promoção da Saúde?

IC: Promoção é prevenção de doenças e mudança de hábitos

DSC:

É você atuar... na parte preventiva e também de educação e saúde né. É... atuar não só no paciente, mas também na comunidade como um todo junto com a família. Não só evitar as doenças, mas também para que as pessoas tenham mais saúde. E que tenham problemas, e que não por ter esses problemas elas se sintam doentes. Controlem esses problemas para que não tenha nenhuma complicação depois e consigam ter uma vida saudável apesar dos problemas que tem.

A PS esta definida como ações de prevenção específica e mudança de comportamento, mas traz a valorização das ações para humanização da assistência, citado aqui como exemplo o acolhimento. As ações de educação em saúde são centradas em mudanças de hábitos que sejam sabidamente nocivos ou de risco para determinadas doenças. Esta forma de agir em saúde é orientada pelo modelo de Leavell e Clark, orientador da assistência a saúde desde a década de 60, que define a PS como um dos níveis de prevenção de doenças. Porém percebe-se uma necessidade crescente de integrar outros conhecimentos e valorizar o saber popular.

Programas de Promoção da Saúde com base na intervenção territorial ou Comunidades Saudáveis representam a resposta do campo da Saúde Pública a uma tendência universal de buscar a integração dos diversos setores do conhecimento e da intervenção social, e aplicá-los a territórios específicos, no nível local, onde se dá

o potencial máximo de interação entre governo, cidadãos e sociedade civil ⁽¹⁷⁾.

A categoria também traz em suas considerações do discurso a importância da resiliência / resistência das pessoas no enfrentamento das adversidades da vida, com um enfoque positivista da condição de saúde de cada um. ⁽²⁸⁾

Ações de Promoção da Saúde desenvolvidas na Saúde da Família

IC: Ações de prevenção de doenças e educação em saúde

DSC:

...questão de promoção que a gente fez, mas que a gente não está fazendo agora, é a questão das palestras. Fazer palestra orientando por curso, pra gestante né, pra mãe, orientando, educando, trabalho de hipertensão e diabete que é muito importante.

6.3 ENFERMEIROS

O que você pensa da Estratégia Saúde da Família?

IC: Estratégias de atenção básica para garantir acesso à saúde para as famílias.

DSC:

Melhorar os indicadores de saúde que antigamente eram uns indicadores insatisfatórios, principalmente os indicadores de imunização, mortalidade infantil, mortalidade materna... É... Desnutrição.... E trazer, e procurar trazer essa comunidade a um melhor esclarecimento, a uma melhor participação social e uma qualidade de vida. E também, vale salientar o fator de ambiente saudável. Ver ali quais são as situações de risco das famílias, Ver as vulnerabilidades e a partir disso aí, ela vai fazer uma programação que vise assistir à família, né.

A Saúde da Família reconhecida como Estratégia para reverter o quadro epidemiológico e social desfavorável do final da década de 80, meados da década de 90, anterior a sua implantação, e sua orientação pelas áreas prioritárias da atenção é marcante na fala dos enfermeiros, assim como a acessibilidade ao serviço de saúde através da descentralização da saúde. O papel desempenhado pelo enfermeiro na Saúde da Família é muito centrado nas questões epidemiológicas.

O que você entende por Promoção da Saúde?

IC1: Educação em saúde e mudança de comportamento social

DSC1

Eu acho que é quando existe a mudança de comportamento das pessoas, tá certo. No caso aí o foco principal é educação em saúde. Porque a gente não pode pensar só a saúde como a questão da doença em si como eu falei, né. Então, tem que gerar mudança de comportamento na família, e assim a pessoa vai desenvolvendo a saúde, né.

IC2: Estratégia de ação conjunta entre gestão pública e comunidade.

DSC 2:

Hoje não, hoje ela é vista como algo que nasce de...nos berços das comunidades, através da educação popular, que... Visa melhorar certo através desse conhecimento, a junção do conhecimento popular com o conhecimento científico, melhorar a qualidade de vida da população. Um trabalho conjunto entre profissionais de saúde, gestores e comunidade para o bem estar da população, esse trabalho de co-gestão.

O reconhecimento das causas básicas dos processos de adoecimento da comunidade e seus modos de enfrentamento devem ser coletivos, através do dialogo aberto e horizontal, onde o profissional de saúde tem que desenvolver habilidades para a percepção das faces sociais e para a subjetividade deste adoecer. A forma de conduzir/cuidar deste processo de adoecimento deve ser compartilhado, onde todos são sujeitos: o cuidador e o cuidado.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução ⁽²⁾.

Ações de Promoção da Saúde desenvolvidas na Saúde da Família

IC: Realizar palestras e atividades nos grupos pra favorecer a mudança de hábitos.

DSC:

Aqui a gente desenvolve atividades educativas... Eu vou... começar assim pelas palestras, eu sei que não é só as palestras né, a gente desenvolve atividades é... Que possam como eu lhe falei... que possam mudar os comportamentos delas, para ter uma vida melhor; Durante as consultas né, durante aquela parte que tá eu e o paciente, a gente faz. É tentar despertar nele né, assim, quê que ele pode fazer pra saúde dele, assim pra evitar algumas doenças e tudo....

O discurso demonstra uma prática centrada em ações de prevenção de doenças através da transmissão de informações em abordagens individuais e coletivas, apesar de ficar explícito na fala uma dificuldade em classificar as demais ações desenvolvidas ou pretendidas na área da Promoção da Saúde.

7. Considerações finais

O presente estudo permitiu, através das análises das falas dos profissionais de saúde das equipes de PSF da regional II de Fortaleza, identificar a compreensão destes sobre a Estratégia Saúde da Família e de Promoção da Saúde e conhecer as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas por estas equipes no cotidiano. A análise das falas foi feita por categoria profissional. Os médicos, enfermeiros e odontólogos relataram que a Estratégia Saúde da Família que acontece e é concebida na capital, é diferente do interior. De acordo com os relatos, todos os profissionais já atuaram anteriormente na estratégia no interior do estado em municípios de pequeno e médio porte. Explicitaram que a dimensão curativa / clínica é preponderante na programação de suas ações e que muitas vezes as atividades no território são suspensas por grande demanda para atendimento ambulatorial nas unidades. Todos estes profissionais estão compondo a rede municipal da atenção básica desde agosto de 2006 quando foram admitidos por concurso público e encontram-se em processo de construção de vínculos e apropriação do território adscrito.

Durante a realização das entrevistas e observação da rotina das unidades de saúde presenciou-se a ausência de profissionais médicos em algumas equipes devido à desistência destes profissionais do concurso e falta de profissionais para preencher as vagas disponíveis. Entre as equipes entrevistadas uma não tem médico na equipe atualmente, e as atividades assistenciais médicas são supridas com os médicos da unidade que não fazem parte das equipes de Saúde da Família, mas atendem às especialidades da atenção básica (clínica médica, ginecologia e pediatria). Duas equipes atendem em Centros de Saúde que comportam profissionais de diversas áreas, com diferentes cargas horárias e receberam equipes de Saúde da Família em sua estrutura após o concurso de 2006. Duas são Centros de Saúde da Família há mais tempo e tem em sua estrutura apenas as equipes Saúde da Família. Os Centros de Saúde já implantaram o Acolhimento à demanda espontânea realizado por profissionais de

nível superior, mas todos os profissionais da saúde foram capacitados nos últimos dois anos para adoção desta prática de humanização da assistência, inclusive algumas unidades utilizam também a classificação de risco da clínica ampliada para aprimorar a programação assistencial.

Os profissionais de nível superior que compõem as equipes de Saúde da Família em Fortaleza (SER II), têm dificuldades em reconhecer suas práticas cotidianas como ações de Saúde da Família, por terem experiências anteriores numa outra dimensão organizativa da assistência. A Estratégia Saúde da Família nos grandes centros urbanos tem suas peculiaridades como dificuldade de cobertura da população nos moldes propostos pela portaria GM/MS 648/06. Atender aos aglomerados urbanos de acordo com a portaria exige um número muito grande de equipes implantadas com dificuldades para sua viabilidade econômica - administrativa. As causas externas, os grandes fluxos de trabalhadores fora de suas áreas residenciais determinam para as equipes de Saúde da Família um planejamento assistencial diferenciado com demanda programada e espontânea, com necessidades de pronto-atendimento, acompanhamento sistemático ambulatorial e educação em saúde.

A compreensão de Promoção da Saúde está fortemente ligada à teoria da *História Natural da Doença*, mas já expressam de forma tênue nas falas e práticas a presença da necessidade de busca coletiva e integrada por qualidade de vida, “empoderamento” social e políticas públicas saudáveis. Porém as ações de PS desenvolvidas atualmente estão muito centradas nas prevenções específicas de risco de doenças, organizadas de forma pedagógica de transmissão de informações, sem valorizar as práticas e saberes populares.

As práticas populares e sua integração nas atividades da Saúde da Família tem sido valorizadas pela gestão pública atual da saúde, assim como as práticas integrativas com a implantação das ocas terapêuticas, a terapia comunitária e o resgate da auto-estima. Além disso, o fortalecimento das redes como o matriciamento de Saúde Mental na Saúde da

Família, a capacitação dos profissionais através da educação permanente no Sistema Municipal de Saúde Escola, tem despertado para esta dimensão ampliada de Promoção da Saúde. Inicia-se um processo de mudança da assistência de forma mais problematizadora, solidária, de cultura e de paz.

Os agentes de saúde também estão se fixando no território com mais propriedade devido à qualificação dos mesmos através do curso técnico e a desprecarização das condições de trabalho. Os novos agentes de saúde que estão sendo integrados às equipes de Saúde da Família foram submetidos à seleção pública, garantindo a continuidade dos trabalhos e favorecendo o vínculo com a comunidade e conhecimento do território, que são fundamentais para o trabalho da Saúde da Família.

O presente trabalho de pesquisa agora concluso, apresenta algumas peculiaridades do cotidiano da Estratégia Saúde da Família no território da Secretaria Executiva Regional II de Fortaleza (CE), onde os profissionais da Saúde da Família convivem com serviços terciários de referência Estadual e que são ainda muito utilizados como porta de entrada ao setor saúde, com unidades mistas, onde convivem ambulatórios de atenção primária com uma diversidade de profissionais das especialidades básicas, que de certa forma, reafirmam o modelo hegemônico médico-assistencial privatista.

A adoção de estratégias de humanização da assistência através do Acolhimento, classificação de risco e da clínica ampliada tem sido uma boa ferramenta para harmonizar as diferentes formas de fazer saúde no mesmo ambiente e a necessidade de mudança do paradigma da saúde para as ações de Promoção da Saúde. A busca pela incorporação dos saberes populares e práticas integrativas e a articulação das redes assistenciais, assim como a comunicação com as organizações sociais tem ampliado a perspectiva da saúde, que hoje aponta novas necessidades para além do acesso ao serviço de saúde. A ampliação do setor secundário, a desburocratização dos sistemas de informação e ações de educação em saúde,

programadas e executadas em parceria com a população. O fortalecimento das ações intersetoriais também se faz necessário para a efetivação das ações, formando redes de sustentação para as comunidades em seu cotidiano e fortalecendo o trabalho das equipes.

8. Proposições:

Dentre as ações para implementar a Promoção da Saúde visualizo a continuidade do trabalho da educação permanente, através do Sistema Municipal de Saúde Escola, junto às ESF buscando fortalecer os vínculos multiprofissionais e o planejamento assistencial. Isto baseado nos conhecimentos do território vivo adscrito, além da capacitação e formação de Rh de acordo com os princípios do SUS e voltados para a APS.

A adoção de estratégias de humanização da assistência através do Acolhimento com classificação de risco e da clínica ampliada como ferramentas para harmonizar as diferentes formas de fazer saúde e a necessidade de mudança do paradigma da saúde para as ações de Promoção da Saúde.

A intersectorialidade precisa ser fortalecida para a efetivação das ações, mas de forma permanente, que possibilite a troca e a produção conjunta de saberes e não somente a justaposição de serviços prestados à comunidade. Esta pode se efetivar através de parcerias com demais equipamentos sociais governamentais e não governamentais do território. Formação de grupos comunitários com objetivos de valorização e conhecimento popular, não centrado na prevenção de riscos a determinadas doenças, mas de valorização das práticas positivas do cotidiano local.

9. Referências:

1. Organización Panamericana de La Salud. La Salud Pública em Las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC. OPS 2002.
2. Buss, P.M. – Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177,2000.
3. Terris, M, 1996. Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. In: OPS, Promoción de la Salud Una Antología.Publicación 557 Washington,D.C
4. Brant. LC. & Melo. MB – Promoção da saúde e trabalho: um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v 25, nº 57, p. 55-62, jan/abr.2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata (1978), Cartas de Ottawa (1986), Declarações de Adelaide (1988), Sundsväl (1991) de Santafé de Bogotá (1992), de Jakarta (1997), do México (2000). Rede dos Megapaíses. Brasília: Ministério da Saúde/PNUD, 2001.
6. Mattos, R.A. – A integralidade na prática. *Caderno Saúde Pública*, vol 20, n5. Rio de Janeiro. Set/Out. 2004.
7. Tavares, M.F.L – Saúde da Criança e Formação no Trabalho: A Prática como e com Saber. Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil 1998
8. Veras, R.P., Ribeiro,L.S. e Lima,J.C.S. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. *Educación Médica y .Salud*, Vol. 17, No. 4,398 - 413 (1983).
9. Escorel, S. et al. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

10. Viana, AL.e Dalpoz,.M.R. – A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.PHISIS:Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 8(2):11-48. 1998.
11. Mendonça, MHM. Sistema Único de Saúde no Brasil: entre o formal e o real, as vicissitudes da construção de uma intervenção pública moderna. *Saúde em Debate*, 54: 9-24, 2002.
12. Heimann, LS. e Mendonça, MHM. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. (Org.). Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
13. O SUS pra valer:universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro,v 29,n 71, 385 – 396, set/dez 2005.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília. 1986
15. Brasil, Ministério da Saúde Relatório final da 10ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília. 1996
16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília, 1993
17. Becker, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.
18. Becker, D. , Edmundo K., Nunes N. R., Bonatto D., Souza R. de. - Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004 Set 9(3): 655-667.

19. Leavell, H.R & Clark, E. Medicina Preventiva. MacGraw-Hill. São Paulo. 1976.
20. Andrade, L.O.M de. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo. Ed. Hucitec. 2006. 288p.
21. Buss. P.M e Pelegrini Filho.A. – A saúde e seus determinantes sociais. PHISIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93. 2007
22. Lefèvre, F e Lefèvre, A. M. C. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):15-28, 2007
23. Lefèvre F; Lefèvre, AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F. *et al* (orgs) O discurso do sujeito coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. Cap. 1, p. 11-35.
24. Simioni, AMC. *et al* Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. Série monográfica nº 2. Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP, 1996.
25. Queiroz, MIPS. Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva. São Paulo: T.A Queiroz, editos, Ltda. 1991. 171p
26. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2. Ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
27. Freire, P. Pedagogia do oprimido Edição: 11. Ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1987.
28. Yunes, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 648/06. Brasília. 2006

30. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Versão em português do artigo “The concept of health and difference between promotion and prevention” In: Cadernos de Saúde Pública v.15 nº 4, 1999.p.701-709.
31. www.fsp.usp.br/~flefevre/cantinhos. acesso em 16 junho de 2006.
32. Freire, P. Política e Educação. São Paulo: Ed Villa das Letras, 2007
33. Carvalho,SR. s múltiplos sentidos da categoria “Empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 1088-1095, julho, 2004.
34. Chiesa,AM. – A promoção da saúde como eixo estruturante do PSF. Seminário estadual - O papel do enfermeiro no PSF. São Paulo. 2000.
35. Starfield,B. – Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.
36. Brasil/Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília 2006
37. Brasil/Ministério da Saúde. – Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília 2002.
38. Brasil/Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde..Brasília., 2006.
39. Oliveira. MR & Palha. PF. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v28, n67 p 100-111, maio/ago. 2004
40. Minayo, MCS (org),.Deslandes, SF e Gomes R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Editora Vozes. Petrópolis.2007.
41. Matos, RA e Pinheiro,R. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro. 2001.
42. Bosi,MLM & Mercado FJ. Avaliação Qualitativa e Programas de Saúde. Enfoques emergentes. Cap 3. Editora Vozes.Petrópolis. 2006

43. www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse_artigos.asp. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). [Acesso em maio 2008].

Sumário

1. Resumo	4
2. Abstract	5
3. Introdução.....	6
4. Objetivos	13
5. Metodologia.....	13
6. Resultados e Discussão.....	16
6.1 Dentistas	16
6.2 Médicos.....	20
6.3 Enfermeiros.....	22
7. Considerações finais.....	25
8. Proposições.....	28
9. Referências	29