

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CRATO-CE

Health promotion in Family Health Strategy: the perception of the nursing staff Crato - CE.

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção da equipe de enfermagem das Estratégias de Saúde da Família (ESF) sobre a promoção da saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, que ocorreu em nove ESF da cidade do Crato-CE no período de outubro a dezembro de 2010. Os sujeitos foram nove enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, com tempo de serviço de três a oito anos na ESF investigada. Escolhidos aleatoriamente e elegendo o critério de saturação de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, a qual foi gravada. Na análise dos dados, optou-se pelo discurso do sujeito coletivo (DSC), do qual emergiram as ideias centrais que possibilitaram a formação dos DSC de cada categoria profissional. Os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa mediante apresentação do Termo de Consentimento Esclarecido, o qual foi assinado por todos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Rural do Cariri (URCA), com nº de aprovação 21/2010. **Resultados:** Observou-se que a visão conceitual e prática sobre a promoção da saúde se aproxima do conceito preventivo, contudo, os enfermeiros reconhecem a saúde de forma mais ampla, no contexto de construção social do indivíduo, diferindo do DSC dos técnicos de enfermagem. As ações executadas no campo da promoção da saúde ainda são delimitadas por palestras. **Conclusão:** As percepções dos profissionais são constituídas por uma fragilidade relacionada aos DSC e às ações exercidas por eles, constituindo um entrave à consolidação de um novo modelo assistencial que tenha como eixo central a promoção da saúde.

Descritores: Promoção da Saúde; Saúde da Família; Percepção; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of the nursing staff of the Family Health Strategy (FHS) on health promotion. **Methods:** This was a qualitative and descriptive study, which occurred in nine FHS of the city of Crato-CE in the period October-December 2010. The subjects were nine nurses and eight of the nursing technicians with service time of three to eight years at FHS investigated. Randomly chosen and electing the criterion of saturation data, we used semi-structured interview, which was recorded. During data analysis, we opted for collective subject discourse (CSD), which emerged the central ideas that enabled the formation of CSD for each professional category. The subjects were informed about the research objectives by submitting the Term of Consent, which was signed by all. The project was approved by the Ethics Committee at the Rural University of Cariri (RUCA), with approval No. 21/2010. **Results:** It was observed that the conceptual and practical vision on health promotion approaches the concept of prevention, however, nurses recognize health more broadly, in the context of the social construction of individual, differing from the CSD of the nursing technicians. The actions taken in the field of health promotion are still delimited by lectures. **Conclusion:** Perceptions of professionals are constituted by a weakness related to CSD and the actions performed by them, constituting an obstacle to the consolidation of a new model of care that has as central to health promotion.

Descriptors: Health Promotion; Family Health; Perception; Nursing.

Danielle Lopes de Alencar⁽¹⁾
Anna Laryssa Ribeiro de
Oliveira Brito⁽²⁾
Kenya Waléria de Siqueira
Coelho Lisboa⁽²⁾

1) Universidade Federal de Pernambuco -
UFPE - Recife (PE) - Brasil

2) Universidade Regional do Cariri - URCA
- Crato (CE) - Brasil

Recebido em: 14/02/2012

Revisado em: 22/06/2012

Aceito em: 13/07/2012

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde sempre refletem o contexto histórico-social, em conformidade com os modelos econômicos e políticos vigentes. No Brasil, isso reflete o predomínio das ações curativas e hospitalares, dependentes de insumos tecnológicos que, além de não serem efetivos na resolução dos problemas de saúde, resultam na elevação contínua dos custos assistenciais⁽¹⁾.

Em meados da década de 1970, questionamentos em diversos setores nacionais permitiram que emergissem formulações na proposta de um novo modelo tecnoassistencial. Os frutos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com posterior definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios na Constituição da República de 1988, são marcos de um movimento que buscou um novo paradigma na história da saúde brasileira⁽²⁾.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma proposta de reestruturação da atenção primária, a partir da atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social⁽³⁾.

A ESF visa ao trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance desse trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais⁽⁴⁾.

A promoção da saúde (PS) se configura nos eixos de um novo sistema de saúde. Ela torna essencial a concretude da proposta da ESF como estratégia de reforma do modelo atual. Pode representar um modo articulado de operar as políticas e as tecnologias desenvolvidas no sistema, contribuindo para a construção de ações que respondam às necessidades sociais de saúde⁽⁵⁾.

Como estratégia nos modelos tecnoassistenciais, a promoção da saúde sinaliza construções de novas possibilidades e novos saberes que proporcionem novas alternativas para o alcance da qualidade de saúde e vida das pessoas, de intervenção junto com os sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social⁽⁶⁾.

A promoção da saúde é reconhecida como uma das estratégias de produção da saúde, articulada a outras políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS⁽⁷⁾. Composto essa atuação na ESF, encontra-se a equipe de enfermagem, que está inserida muito próxima dos usuários e famílias, encontrando campo favorável para atuação de atividades que fortaleçam atitudes positivas na adoção de práticas saudáveis.

Desse modo, faz-se essencial considerar o entendimento dos profissionais que atuam nas ESF e como realizam suas ações no âmbito da PS, a fim de compreender as dificuldades que perpassam a implementação de estratégias voltadas para ela.

O estudo contribui na reflexão sobre a atuação dos profissionais e permite reflexões na área da saúde coletiva. Com isso, o estudo objetivou conhecer a percepção da equipe de enfermagem das ESF sobre a promoção da saúde.

MÉTODOS

O estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa pelo desenho descritivo. A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, sendo, desde sua criação e processo de transformação, entendidos como construções humanas significativas⁽⁸⁾.

A pesquisa faz parte de um recorte de um estudo intitulado “Promoção da Saúde na visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no município de Crato-CE”, no qual todos os profissionais de saúde que compõem a ESF foram abordados sobre as concepções e ações exercidas na promoção da saúde. Contudo, o presente estudo se propõe a discutir e analisar somente os profissionais da equipe de enfermagem, considerando a atuação deles no que diz respeito a ações de promoção da saúde na ESF.

O cenário do estudo foi a cidade de Crato-CE, localizada na região do Cariri, ao sul do estado do Ceará, distante em torno de 558 km da capital Fortaleza, tendo uma população estimada em 116.759 mil habitantes⁽⁹⁾. A cidade conta com 27 equipes de Saúde da Família, sendo 17 localizadas na zona urbana e 10 na rural.

Inicialmente, foram realizadas visitas nas ESFs, as quais foram escolhidas de forma aleatória, sendo os profissionais abordados acerca da proposta do estudo mediante explicação do objetivo da pesquisa e com posterior leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão se projetaram nas seguintes condições: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; estar lotado na ESF da zona urbana, conforme Secretaria de Saúde do município; ter assinado o TCLE. Foram excluídos os profissionais que apresentaram comprometimento de comunicação que afetasse o momento da entrevista e que estivessem em recesso da Unidade.

Utilizou-se, como técnica de pesquisa, a entrevista, a qual foi previamente agendada em dias e horários disponíveis para os profissionais, sendo gravada, para maior fidedignidade na transcrição das falas em posterior análise, com o objetivo de entender e compreender o significado

que os entrevistados atribuem a determinadas situações e questões⁽¹⁰⁾. Optou-se pelo roteiro semiestruturado, de caráter individual.

O instrumento contemplava as seguintes questões norteadoras: o que você entende sobre promoção da saúde? Você desenvolve ações voltadas para a promoção da saúde? Como elas ocorrem? Quais as ferramentas que você utiliza para desenvolver ações de promoção da saúde? Quais as maiores dificuldades/facilidades que você encontra para realizar promoção da saúde?

Participaram do processo de coleta dois alunos de graduação de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), os quais, primeiramente, foram orientados e capacitados pelo pesquisador responsável para a aplicabilidade da entrevista.

O número de sujeitos obedeceu ao critério de saturação dos dados, quando o pesquisador constata que a interação entre o campo e o investigador não mais fornece elementos para aprofundar a teorização⁽¹¹⁾.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2010, participando nove enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, com uma média de três a oito anos de serviço na ESF em que estão lotados. Da totalidade dos enfermeiros, apenas quatro possuíam especialização na área da saúde coletiva.

Para assegurar a validade do instrumento, assegurando as devidas correções na aplicação prévia à coleta de dados, realizou-se o teste piloto com três profissionais de ESF de outras áreas, de forma aleatória, sendo dois enfermeiros e um técnico de enfermagem que possuíam características análogas aos sujeitos do estudo. Alguns ajustes foram realizados nas perguntas norteadoras, mas não foi modificado o contexto das questões.

Os dados foram organizados sob a forma de categorização das falas dos sujeitos, utilizando-se o método de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa da linha qualitativa e tem como objetivo expressar o pensamento de uma coletividade, como se ela fosse o emissor de um discurso único. O DSC “é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”⁽¹²⁾.

Para a construção do DSC, as figuras metodológicas seguem a construção das expressões-chave (ECH), que são fragmentos ou transcrições do discurso que revelam a essência do depoimento; e da ideia central (IC), que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos, não ocorrendo interpretação, e sim descrição do sentido de um depoimento ou conjunto de depoimentos.

Através de um modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social, na medida em que ela aparece não sob a forma de quadros, tabelas ou gráficos, mas sob a forma de um discurso, que é, como se assinalou, o modo como os indivíduos reais e concretos pensam⁽¹²⁾.

Utilizou-se, para decodificar os sujeitos, abreviaturas que representassem a formação do profissional, com vista a facilitar a apresentação no texto e garantir o anonimato. Para os enfermeiros, utilizou-se (Enf.), e para os técnicos de enfermagem, (Tec.).

Com a formação dos discursos dos sujeitos, os dados foram analisados conforme a literatura estudada.

O trabalho foi desenvolvido de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos. O presente estudo, com intuito de cumprimento real das diretrizes da resolução, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), obtendo parecer favorável de nº 21/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A primeira pergunta norteadora se destinou a conhecer o que os profissionais entendiam sobre a promoção da saúde na ESF, emergindo o DSC pela singularidade das ideias expressas em cada fala. Observa-se que o discurso infere práticas de promoção da saúde ligadas não só aos aspectos biológicos, como a doença, mas às questões sociais, porém, cita as atividades voltadas para a prevenção da doença, o que pode ser percebido em trechos do DSC:

Promoção da saúde é você atender às necessidades da comunidade, sejam elas de aspecto biológico ou social, compreender o indivíduo em sua totalidade. É um tema muito trabalhado no PSF, por se tratar de atenção primária, que inclui ações de prevenção e orientação, realizando a busca ativa. São as ações que realizo na área. Levo informações para que as pessoas possam se interessar em cuidar de si, trabalhar a higiene e hábitos alimentares, não esperando adoecer (Enf.).

Promoção da saúde é promover a saúde para prevenir as doenças, como na hipertensão. É agir sobre ações determinadas. Promoção é prevenção (Tec.).

Os discursos dos enfermeiros e técnicos diferem na medida em que o enfermeiro, mesmo que em alguns trechos indique ações preventivas como ações de promoção da saúde, reconhece que a saúde possui um aspecto mais amplo e dimensional, referenciando as questões sociais como inerentes ao processo de saúde da comunidade.

É preciso considerar que, apesar de o conceito de saúde ter vivenciado alterações ao longo do tempo e ser bastante discutido entre os profissionais de saúde, ainda se faz muito

presente a visão da saúde como ausência de doença, sendo o médico o principal agente na atuação na promoção da saúde, prevenção e cura de doenças⁽¹³⁾.

A ESF não pode ser sinônimo de prevenção de agravos de doenças, uma vez que, se tomada a prevenção apenas como uma maneira estrita de se evitarem as patologias, pode-se ter um “serviço de atendimento a pessoas saudáveis”, intitulado a ESF com ações que reforçam um modelo higienista no cotidiano, com discurso e práticas de prevenção e promoção da saúde que reiteram as ações curativas⁽¹⁴⁾.

Nos DSC sobre as ações de promoção da saúde que esses profissionais desenvolvem, fica evidenciada a tendência em correlacionar o conceito de promoção da saúde com as atividades de prevenção aos agravos das doenças ou ao estado de saúde, como a gravidez.

Nesse ínterim, no que se refere às práticas da ESF, ocorrem ações programáticas, direcionadas para as fases do ciclo de vida e propostas pelo Ministério da Saúde, mas as possíveis ações de promoção da saúde fazem parte das atividades. A prática das equipes é pautada em protocolos fechados, impedindo de ver o usuário de forma integral⁽¹⁾. As falas do DSC reportam as afirmativas:

Através da educação em saúde, nas palestras com os adolescentes sobre alcoolismo e drogas nas escolas, com os diabéticos e hipertensos, gestantes e puérperas, quando possível, antes do atendimento, realizo palestra com eles. Ocorrem no dia a dia, quando faço atendimento, seja individual, seja coletivo (Enf.).

As palestras quem faz é o enfermeiro. Eu nunca faço, mas participo com os hipertensos, adolescentes e gestantes; nos procedimentos que realizo quando converso com o paciente, nas orientações sobre higiene pessoal, higiene com as crianças, alimentação e imunização... (Tec.).

Apesar das especificidades e ritmos próprios, clínica e promoção precisam andar juntas, pois a promoção da saúde não deve buscar sua potência longe da clínica, mas no intermediário, interrogando os graus de produção de saúde que são efetivamente impulsionados pelas práticas⁽¹⁵⁾.

A prática da educação em saúde como ferramenta para as estratégias acima referidas estão atreladas ao comportamento verticalizado, e a real proposta da educação em saúde é compartilhar com o indivíduo saberes e práticas para que haja mudanças de ambas as partes, através do diálogo e da problematização, e não da imposição que geralmente ocorre na palestra.

Considera-se que a ação educativa pode ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais, como em conversas com os moradores ou nas visitas domiciliares⁽¹⁶⁾. O processo de educar em saúde faz parte do processo de cuidar, exercido pela enfermagem e

mediado pelo diálogo e compreensão do outro como sujeito de valores, vontades e fragilidades.

A educação em saúde é uma das principais funções dos profissionais da enfermagem, sendo uma área de atuação em que os profissionais usam e abusam da criatividade, inovação e capacidade de improvisação⁽¹⁷⁾. Contudo, apesar de ser uma ferramenta essencial e bastante utilizada pelos profissionais, faz-se necessário compreender sua atuação.

Educar é interagir em determinado espaço para que se descubra como resolver os problemas e as necessidades. O processo se inicia no conhecimento da situação de saúde dos indivíduos frente ao contexto social e local, que são fundamentais para o planejamento das abordagens educativas, individuais ou coletivas⁽⁷⁾.

As reflexões que seguem são oriundas do DSC sobre as ferramentas que os profissionais utilizam para efetivar as atividades que eles realizam na ESF. A busca pelas articulações, citada no discurso, demonstra que o profissional caminha nos pilares da promoção da saúde mediante essa articulação entre diversos setores sociais, procurando agir no meio em que o sujeito se insere, permitindo a integração e a associação com a intersectorialidade, que fazem parte das prerrogativas do SUS, como versa o DSC abaixo:

Procuro parcerias, dentre elas, as escolas e os próprios agentes de saúde. As ferramentas são diversas: utilizo data show quando possível, panfletos, folders, cartazes, livros de literatura, vídeos, palestras, visitas domiciliares, reuniões... As agentes de saúde realizam teatro... Procuo usar ferramentas que estimulem as pessoas... (Enf.).

A integralidade citada pelos enfermeiros aponta para o fato de que a redefinição das práticas em saúde é de extrema relevância, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços que preservam ou mantêm a vida⁽¹⁸⁾.

É oportuno ressaltar a atividade de orientação, a qual o DSC enfatiza em suas atividades voltadas para a promoção da saúde, concebida como uma das premissas da ação do enfermeiro. Ela só será caracterizada como tecnologia leve na medida em que possibilitar a produção de relações recíprocas e acolhedoras entre os sujeitos que dela participam⁽²⁾.

O DSC do técnico de enfermagem reforça a visão do modelo curativista. As ferramentas mencionadas estão relacionadas às práticas de monitoramento dos cuidados de enfermagem, enfocando apenas a doença que o usuário apresenta e desconsiderando o usuário como sujeito.

[...] Verificamos pressão arterial e usamos tensiômetro, estetoscópio, aparelho de glicemia e medicamentos. A visita domiciliar também é uma ferramenta (Tec.).

A cultura da medicalização influencia negativamente tanto na organização das práticas como nas demandas sociais de saúde, sendo importante que a equipe perceba

que essa cultura faz parte do resultado da própria atitude do profissional, o qual acaba por reforçar esse comportamento nos usuários⁽³⁾.

Os discursos seguintes retratam as dificuldades e facilidades que os sujeitos evidenciam para efetividade das ações de promoção da saúde.

O trabalho em equipe facilita as ações da equipe. Aqui, agimos em conjunto: médico, dentista e agentes de saúde, mas nem todas as equipes conseguem isso. A maior dificuldade que vejo é a questão do tempo. São muitos programas para serem cumpridos, muitas metas (Enf.).

É difícil lidar com as pessoas, principalmente, da rede pública. Tem gente que não te escuta, os usuários não gostam muito de participar das palestras (...). A demanda é um problema (Tec.).

Segundo o DSC do técnico de enfermagem, um dos problemas se encontra nos usuários. A fragilidade da participação deles nos trabalhos ou a não assiduidade provoca frustração por parte dos profissionais, levando-os a questionamentos sobre a efetividade das ações e a reavaliações da metodologia aplicada⁽¹³⁾.

O discurso ligado ao trabalho em equipe foi visto apenas pelo enfermeiro, que desenvolve o conceito de trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Assim, o trabalho em equipe pressupõe a interação entre pessoas envolvidas, que se posicionam para coordenar seus planos de ação⁽¹⁹⁾.

A sobrecarga de trabalho é um importante fator que inviabiliza a concretude da proposta da ESF como estratégia de reforma tecnoassistencial⁽¹⁾. A grande demanda por atendimento individual nos consultórios se caracteriza como um problema, pois inviabiliza a dedicação e disponibilidade de tempo necessários ao planejamento e à preparação das atividades ligadas à promoção da saúde⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se a forte presença da visão conceitual do modelo biomédico atrelado ao conceito de promoção da saúde. Mesmo de forma frágil, os profissionais reconhecem a saúde como produto social ao citarem suas concepções sobre o tema abordado.

Os enfermeiros reconhecem as práticas de saúde voltadas para o indivíduo como um todo, através da problematização não só da presença das doenças, mas na visão do ambiente que favorece a adoção de práticas saudáveis. Entretanto, eles fragilizam sua atuação pelo uso indevido da educação em saúde, que, muitas vezes, apenas se limita ao uso de palestras para grupos de hipertensos ou gestantes.

Na concretização das ações de promoção da saúde, faz-se necessário fortalecer os intercâmbios, realizando ligações entre os setores da saúde: o social, o político e o econômico em conjunto com o usuário, para que se efetive a promoção da saúde, permitindo inovações nos serviços.

As mudanças nas práticas assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde ainda se apresentam incipientes e possuem pequena visibilidade no cenário das práticas em saúde, justificando, assim, a não percepção dessa prática como estratégia para a transformação.

Existe uma necessidade de incorporar e fortalecer a atuação dos sujeitos nesse processo, firmando a participação da comunidade para, com isso, projetar maiores possibilidades de intervenções sociais. Assim, será possível colocar o usuário como pilar central no cuidado com sua saúde e as práticas dos profissionais como forma de agregar e construir recursos para o cuidado de forma autônoma e responsável.

A fragilidade das ações desses profissionais constitui um entrave à consolidação de um novo modelo assistencial que tenha como um dos eixos a promoção da saúde, fazendo-se necessárias reflexões capazes de emitir novas formas de pensar as práticas exercidas pelos profissionais e fortalecer os usuários quanto a seus direitos e deveres de cidadão e ator no sistema de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à instituição financiadora do projeto, PIBIC/URCA; ao gestor da cidade do Crato-CE, por ter autorizado a execução do estudo nas Estratégias de Saúde da Família; aos profissionais de enfermagem, que aceitaram participar do estudo; e à Universidade Regional do Cariri, pelo apoio e incentivo à pesquisa.

REFERENCIAS

1. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):524-9.
2. Silva DC, Alvin NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Rev Enfermagem. 2008;12(2):291-8.
3. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2007;6(2):271-9.
4. Da Ros MA. Estilos Pensamentos em saúde pública: um estudo de produção FSP – USP e ENSP – Fiocruz

- entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. 2000 [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 6. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
 7. Rocha PA, Soares TC, Farah BF, Friedrich DBC. Promoção da Saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(2):215-20.
 8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições: 2009.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Dados do Censo 2010 [internet; acesso em 2010 Nov]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=23
 10. Martins GA, Theóphilo CR. *Metologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2009.
 11. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemere A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008.
 12. Levevre F, Lefevre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: Um enfoque em pesquisa qualitativa*. 2ª ed. Caxias do Sul: Educ; 2005.
 13. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):674-80.
 14. Ronzani TM, Silva CM. O programa Saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.
 15. Campos RS. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: Castro A, Malo M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS; 2006.
 16. Sicoli JL, Nascimento PR. *Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalizações*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2003; 7(12):91-112.
 17. Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. *Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência*. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):326-34.
 18. Santos FR, Gonçalves MR, Magri RF, Marques TR, Saito RXS. *Promoção em saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde*. In: Saito RXS. *Integralidade da Atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva do Sujeito-Sujeito*. São Paulo: Martinari; 2008.
 19. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Endereço para correspondência:

Danielle Lopes de Alencar
 Avenida João de Barros 633 / 103-B.
 Bairro: Boa Vista
 CEP: 50100-020 - Recife - PE - Brasil
 E-mail: daniellopesalencar@hotmail.com