

PERFIL ASSISTENCIAL RELACIONADO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Adeildo Antônio Baia¹
Leonardo Carnut²
Nathalie Alves Agripino³
Emanuella Thaysa
Araújo da Silva⁴
Laryssa Maria Arruda⁵

Resumo

Identificar a presença de procedimentos relativos à promoção da saúde no âmbito local com fins de caracterizar o perfil assistencial dessa rede de atenção primária à saúde. Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, com coleta de dados secundários via sistema de informação ambulatorial (SIA-SUS) do período de março a maio de 2011. Foram extraídos procedimentos do grupo 01/subgrupo 01 (ações individuais/coletivas) e do grupo 03/subgrupo 01 (procedimentos clínicos). Os dados foram relativos à rede de atenção primária da V região de saúde do Estado de Pernambuco. Registrou-se 949.531 procedimentos. Destes, 496.495 (52,2%) eram procedimentos de “promoção e prevenção em saúde” e 453.036 (47,7%) foram “procedimentos clínicos”. Quando isolou-se as atividades de promoção da saúde das atividades de prevenção dentro do grupo 01/subgrupo 01 observou-se que 8,54% (42.381) do total eram procedimentos relacionados à promoção da saúde. A rede de atenção primária da V região apresenta um perfil assistencial preventivo-curativo, podendo-se concluir que esta rede não está operacionalizando a ênfase nas ações de promoção da saúde destinada a esses serviços.

Descritores: SUS. PSF. atenção primária à saúde. promoção da saúde. sistemas de informação. epidemiologia descritiva.

¹Especialista em Gestão em Saúde – Núcleo Integrado de Saúde Coletiva (NISC), Faculdade de Ciência, Educação e Tecnologia de Garanhuns (FACETEG) – Universidade de Pernambuco (UPE).

²Professor Adjunto – Universidade Pernambuco (UPE) – Campus Arcoverde e Núcleo de Integrado em Saúde Coletiva (NISC-UPE).

³Graduanda em Saúde Coletiva – Universidade de Pernambuco (UPE)

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil vem se consolidando, e atualmente, apresenta-se como uma das ações de saúde mais expandidas em território nacional^{1,2}. Como parte integrante de uma rede de serviços, a APS pode ser entendida com um serviço de primeiro contato com o sistema de saúde³ sendo o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo.

Por valer-se de tecnologias leves⁴ na organização do cuidado em saúde, a atenção primária - também chamada de *atenção básica*⁵ - deve trabalhar com estratégias de fomento à saúde dos indivíduos/comunidades de forma efetiva e com baixo custo agregado⁶. Por isso, a promoção da saúde como aporte teórico-conceitual, deve orientar a prática assistencial neste nível de atenção atuando diretamente nas causas dos problemas de saúde (determinantes sociais da saúde)⁷ e equilibrando o uso racional de tecnologias de forma equânime no sistema⁸.

O caráter substitutivo de Unidades Tradicionais por Unidades de Saúde da Família em si⁴, já faz parte de uma das estratégias de ação no âmbito da promoção da saúde conhecida como *reorganização dos serviços de saúde*. Preconizada pela Carta de Ottawa⁹, esta reorganização visa à instrumentalização dos sistemas de saúde e a prestação dos serviços em uma nova perspectiva que oriente as intervenções sanitárias sobre os determinantes sociais ao invés de centrar todo seu esforço no combate à doença.

Legalmente, essa reorientação da prática assistencial, apresenta-se amparada por diversos documentos oficiais^{10,11,4}. Mais recentemente, a portaria 2.488/2011 reforça a *ênfase nas atividades de promoção da saúde* quando conceitua o termo 'atenção básica'. No documento, admite-se que: "*A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção** e a **proteção da saúde**, a **prevenção de agravos**, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação**, **redução de danos** e a **manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e **autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades***"¹².

Nessa perspectiva, exercer a atenção básica se traduz no exercício da promoção da saúde de forma prioritária. A promoção da saúde, entendida modernamente¹³, é considerada como *o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo*¹⁴. Em virtude da amplitude desse conceito percebe-se que, pôr em prática as atividades de promoção de saúde no âmbito local que seja factível com sua proposta teórica requer (dentre vários fatores) outras formas de prestação de serviços.

Com o intuito de alavancar esse processo, em 2006, foi promulgada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNSP), que veio por identificar as ações concretas de promoção da saúde a serem reorientadas em todo o sistema, inclusive na atenção básica. Assim, um rol de sete eixos de ações foram elencados como prioritários sendo eles: *a alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras*

drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo da cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável ⁽¹⁵⁾.

Do ponto de vista local, essas ações acima citadas ganham materialidade em atividades procedimentais realizadas pela estratégia de saúde da família. Essas atividades, em tese, devem ser quantitativamente maiores quando comparadas aos procedimentos curativos, o que lhes garantiria a ênfase na qual os documentos oficiais discorrem. Além disso, faz-se mister o registro desses procedimentos em sistemas de informação de uso corrente na atenção primária, haja vista a necessidade de monitoramento e avaliação das ações deste nível de atenção.

Portanto, levando-se em consideração esses aspectos, é que o presente estudo tem como objetivo identificar a presença de procedimentos potencialmente relativos à promoção da saúde no âmbito local com fins de caracterizar o perfil assistencial dessa rede de atenção primária à saúde de acordo com a ênfase promocional ditada na normatização estabelecida.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo quantitativo¹⁶, descritivo, exploratório¹⁷, com coleta de dados secundários. Foi localizado na V região de saúde do Estado de Pernambuco, cujo município-sede é a cidade de Garanhuns. A região apresenta uma rede de atenção primária em modalidade "saúde da família" constituída por 144 equipes de saúde da família (ESF), 127 equipes de saúde bucal (ESB) distribuída pelos 21 municípios da região. Isso corresponde a uma cobertura de, aproximadamente 91,68% (por ESF) e 73,61% (por ESB) da população geral.

A coleta de foi realizada através da extração de dados do sistema de informação ambulatorial (SIA-SUS) do DATASUS no período de três meses consecutivos (março, abril e maio de 2011). Esses meses foram escolhidos por, culturalmente, não representarem férias coletivas evitando assim produções inexistentes. Ainda, foi considerado nesse estudo, o "procedimento aprovado" como unidade de análise. Foram extraídos os procedimentos passíveis de serem realizados no âmbito da atenção básica enquadrados no grupo 01 (ações de promoção e prevenção em saúde) subgrupo 01 (ações coletivas/individuais em saúde) e para fins de comparação, os procedimentos assistenciais enquadrados no grupo 03 (procedimentos clínicos) subgrupo 01 (consultas/atendimentos/acompanhamentos). Ao término, identificou-se 16 procedimentos pertencentes ao grupo 01 e 27 procedimentos pertencentes ao grupo 03 como pode ser observado nos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Rol de procedimentos identificados como pertinentes à atenção básica relativos ao grupo 01 (promoção e prevenção em saúde) subgrupo 01 (ações coletivas/individuais em saúde).

Código	Procedimentos Grupo 01, Subgrupo 01
0101010010	ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA
0101010036	PRATICA CORPORAL/ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
0101010644	PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
0101020015	AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TOPICA DE FLÚOR GEL
0101020030	AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO
0101020031	AÇÕES COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

0101020040	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA
0101102058	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)
0101020066	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)
0101020074	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR INDIVIDUAL POR SESSÃO
0101020082	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA
0101020090	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIO
0101030010	VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO
0101030029	VISITA DOMICILIAR INSTITUCIONAL EM REABILITAÇÃO POR PROFISSIONAL NÍVEL SUPERIOR
0101040016	APLICAÇÃO DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES
0101040024	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Fonte: DATASUS/2011.

Quadro 2. Rol de procedimentos identificados como pertinentes à atenção básica relativos ao grupo 03 (procedimentos clínicos) subgrupo 01 (consultas/atendimentos/acompanhamentos). DATASUS/2011.

Código	Procedimentos Grupo 03, Subgrupo 01
0301010013	CONSULTA DO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)
0301010021	CONSULTA COM IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE
0301010030	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)
0301010064	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301010080	CONSULTA PARA ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PUERICULTURA)
0301010099	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO FUMANTE
0301010110	CONSULTA DE PRÉ-NATAL
0301010102	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)
0301010129	CONSULTA PUERPERAL
0301010137	CONSULTA /ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA
0301100020	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA POR PACIENTE
0301010145	PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECÉM NASCIDO
0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA
0301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL
0301020019	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PORTADOR DE AGRAVOS RELACIONADO AO TRABALHO
0301040010	ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO FORNECIMENTO DO DIAFRAGMA UTERINO
0301050023	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

0301040028	ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO FORNECIMENTO E INSERÇÃO DOS DISPOSITIVOS INTRA UTERINO (DIU)
0301050058	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO
0301050040	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA MULTIPROFISSIONAL EM HIV/AIDS (ADTM)
0301060037	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301060045	ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 8 HORAS
0301060053	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA COM REMOÇÃO
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
0301100101	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO
0301100152	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)
0301100187	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

Fonte: DATASUS/2011

Posteriormente, os dados foram exportados para o programa Excel for Windows XP para análise descritiva. Nesta fase, distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão foram analisadas. No momento da concepção do estudo, a legislação que versava sobre a necessidade de parecer ético em trabalhos com uso de dados secundários de domínio público dispensava a obrigatoriedade de tramitação em Comitês de Ética em Pesquisa (CNS 196/96).

RESULTADOS

Durante o período analisado, observou-se que a rede de atenção primária da V região de saúde registrou 949.531 procedimentos. Destes, 496.495 (52,2%) foram procedimentos de “promoção e prevenção em saúde” e 453.036 (47,7%) foram “procedimentos clínicos”.

Quanto à distribuição por município, percebeu-se que Garanhuns concentra 30,7% (292.374) do total da produção de toda região. Comparando o total de procedimentos de “promoção e prevenção” e “clínicos”, a maioria dos procedimentos - 165.623 (36,6%) - são de natureza clínica em detrimento daqueles de preventivo-promocionais - 126.751 (25,5%) -. Em menor escala, os dados dos municípios de Angelim, Calçado, Jucati, Lagoa do Ouro e Terezinha também seguem o mesmo padrão de comportamento como pode ser observado no gráfico 1.

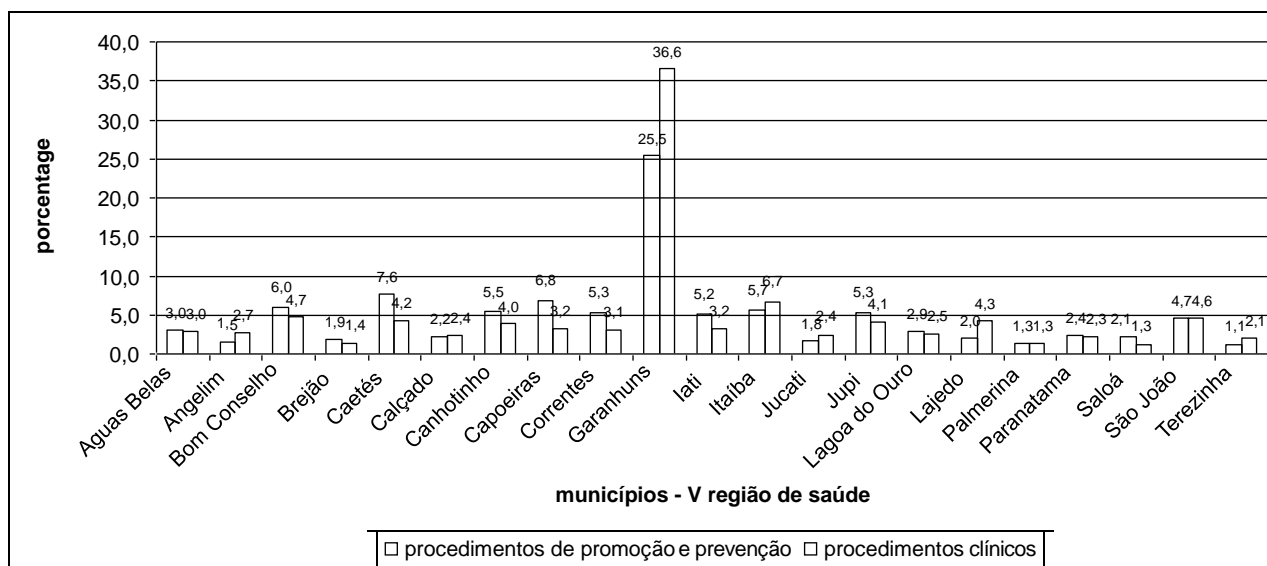


Gráfico 1. Proporção percentual de “procedimentos de promoção e prevenção” e “procedimentos clínicos” por município na V região de saúde, Pernambuco, Brasil. Março-Abril-Maio/2011.

Fonte: Pesquisa direta

Quanto aos procedimentos mais frequentes em cada categoria, dentre aqueles considerados de “promoção e prevenção em saúde”, a *visita domiciliar por profissional de nível médio* constituiu-se em 72,2% (358.756) do total, seguida pela *atividade educativa e escovação dental supervisionada* como mostra o gráfico 2. Em relação aos “procedimentos clínicos” a *consulta com outros profissionais de nível superior na atenção básica* foi o procedimento mais frequente – 153.173 (33,8%) -, apresentando-se em seguida a *consulta médica na atenção básica* e a *aferição de pressão* como os mais frequentes em ordem decrescente como exposto no gráfico 3.

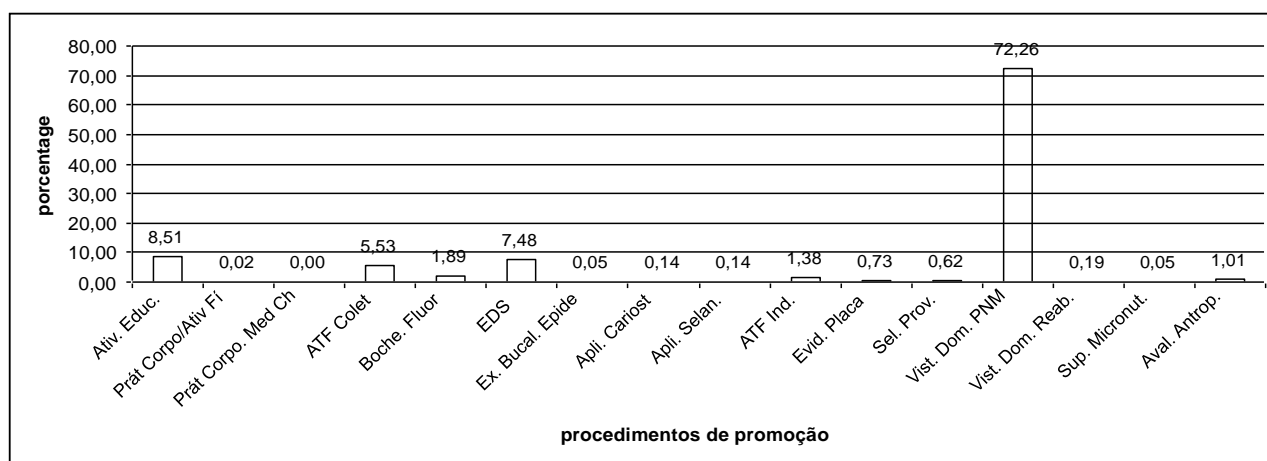


Gráfico 2. Proporção percentual dos “procedimentos de promoção e prevenção” por tipo de procedimento na V região de saúde, Pernambuco, Brasil. Março-Abril-Maio/2011.

Fonte: Pesquisa direta

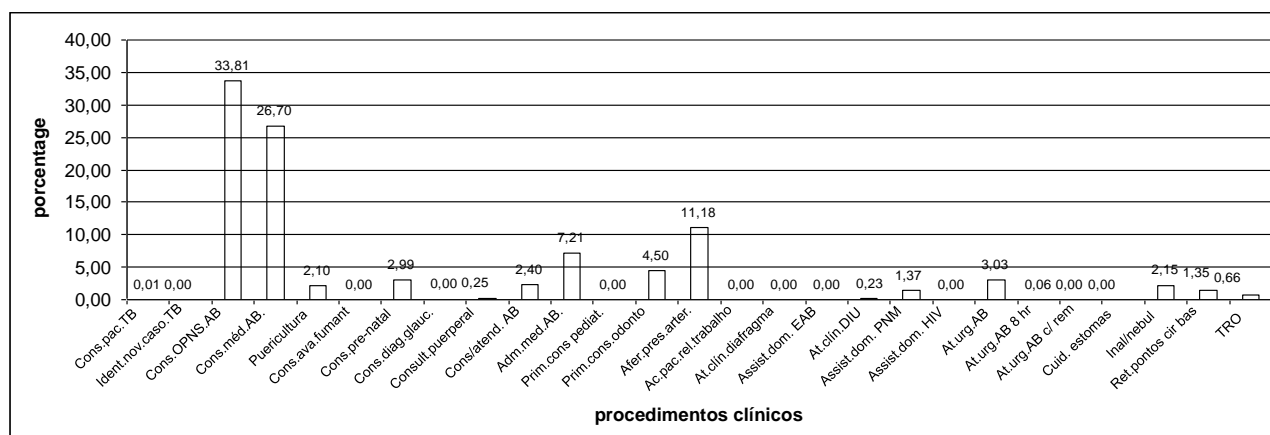


Gráfico 3. Proporção percentual dos “procedimentos clínicos” por tipo de procedimento na V região de saúde, Pernambuco, Brasil. Março-Abril-Maio/2011

Fonte: Pesquisa direta

Dentre o rol dos “procedimentos de promoção e prevenção em saúde” 42,8% (9) dos municípios não realizaram pelo menos 8 tipos de procedimentos (50%) dos 16 previstos para atenção básica. Levando-se em consideração apenas os procedimentos de “promoção da saúde” (*atividade educativa/orientação de grupos na atenção básica, prática corporal/atividade física em grupo, práticas corporais em medicina tradicional chinesa e visitas domiciliares por profissional de nível médio*) dentro daqueles procedimentos classificados no grupo 01, pôde-se observar 401.137 (80,74%) eram "procedimentos de promoção da saúde". Ao se retirar as visitas domiciliares dos "procedimentos de promoção de saúde", o restante realmente relacionado à procedimentos de promoção da saúde corresponde a 8,54% (42.381) do total do rol dos "procedimentos de promoção da saúde".

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que as ações de promoção de saúde (que não se restringem a visita domiciliar) na V região de saúde de Pernambuco correspondem a menos de 1/20 do total dos procedimentos realizados por esses serviços. Mesmo entendendo a visita domiciliar como prática promocional que reorienta a atenção por permitir uma postura proativa no cuidado¹⁸, por se constituir de uma ferramenta de geração de vínculo¹⁹ e por transmitir informações/orientações importantes sobre cuidados sanitários, que de certa forma impulsionam mudanças saudáveis de comportamento²⁰, é fato que outros procedimentos realmente relacionados à promoção como práticas corporais/atividades físicas e ações educativas em grupos são minimamente realizadas.

O predomínio de atividades de visita domiciliar apresenta-se, sobretudo, por ser uma atribuição específica dos agentes comunitários de saúde⁴, contudo, outras atividades de promoção mais efetivas no tocante a melhoria da saúde das populações como as práticas de atividades físicas²¹, findam por ganhar a marginalidade no serviço. Apesar do substancial volume de visitas registradas, os resultados dessa pesquisa apontam que, quando agregados aos procedimentos de promoção de saúde, estes ainda não alcançam a metade do total de todos os procedimentos registrados pela unidade.

Mesmo tomando-se o grupo de procedimentos na sua agregação original (em conjunto com os procedimentos de "prevenção"), aproximadamente um terço dos municípios apresentam o registro de atividades clínicas superior às atividades classificadas como de "promoção e prevenção em saúde" (grupo 01/subgrupo 01 completo). Este fato pode estar associado a alguns fatores.

Primeiramente, à ausência de profissionais em regiões interioranas. Isso pode gerar necessidades e carências apresentadas por estes municípios²² relativas à escassez de recursos humanos adequados, principalmente pela baixa remuneração²³ que favorecem diretamente a baixa produção de procedimentos, quando estes dependem do profissional de nível superior.

Em segundo lugar, quando há presença do profissional de nível superior, a flexibilização de carga horária e outras formas alternativas de cumprimento de horário - em especial do profissional médico^{24,25} - tem se tornado rotina na gestão dos serviços e podem inviabilizar a dedicação necessária a procedimentos de promoção, principalmente em face à pressão de uma demanda populacional historicamente desassistida.

A persistência da prática biomédica pode ser um terceiro fator a ser encarado como explicação para o fenômeno. A transposição do modelo biomédico na prática assistencial nas USFs é frequente e está associada em certa medida a um processo de medicalização social²⁶. As atividades de promoção de saúde não gozam de prestígio social na visão de profissionais e usuários. Como coloca Bydlowski et al²⁷ os aspectos preventivos específicos não se apresentam claros para a maioria da população, principalmente para os segmentos excluídos, que não percebem resultados significativos nos seus níveis de saúde e na qualidade de vida.

Por fim, outra hipótese explicativa possível baseia-se na limitação das ações restritas ao setor saúde em "promover saúde". Para Sícoli e Nascimento²⁸ as ações de âmbito coletivo e que incidem sobre os determinantes socioeconômicos e ambientais ficam relegadas para um segundo momento, sendo dificilmente contempladas em face de uma organização histórica do setor sanitário na organização dos serviços na perspectiva da cura ou, no máximo, da prevenção.

Ante o exposto, é pertinente frisar que o presente estudo apresenta alguns limites e possibilidades. Dentre suas limitações é possível citar a pouca capacidade analítica que estudos descritivos demonstram na associação desses fatores. Os dados restringem-se a sua distribuição que por sua vez sugerem hipótese que podem ser confirmadas com futuras pesquisas.

Outro aspecto limitante está relacionado com a fonte de coleta de dados. Mesmo com a catalização da criação de sistemas de informação que registrem dados oriundos da atenção primária, alguns procedimentos realizados por outros profissionais recentemente inclusos na atenção básica via Núcleos de Saúde da Família não aparecem na produção desses serviços. Além disso, programas de promoção de saúde que vem sendo recentemente implantados como Programa Saúde na Escola (PSE), Ambientes Livres de Fumo, Academias da Cidade não apresentam sua produção discriminada nos sistemas de informação.

Contudo, o presente estudo torna-se válido por apresentar uma caracterização importante do perfil assistencial relacionado às práticas de promoção da saúde em uma rede de atenção primária que denota a necessidade de observar a prática assistencial dispensada por esses serviços. De acordo com os achados, é possível perceber a persistência de uma prática assistencial curativa fortemente focalizada em visitas de profissionais de nível médio e questionável quanto à efetividade frente a problemas de saúde que dependem da mudança de hábitos e estilos de vida.

CONCLUSÕES

A rede de atenção primária da V região apresenta um perfil assistencial preventivo-curativo. Ao se isolar as atividades de promoção da saúde, estas não alcançam a metade do total de procedimentos realizados em toda rede (incluindo as visitas domiciliares). Desta feita, pode-se concluir que a atenção básica da V região de saúde de Pernambuco não está operacionalizando a *ênfase* nas ações de promoção da saúde destinada a esses serviços. Este fato contrapõe ao disposto nos documentos oficiais o que implica em uma capacidade limitada da rede assistencial em reorientar sua prática sanitária a nível local.

REFERÊNCIAS

1. Fuhrmann NL. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. Revista Virtual Textos & Contextos. 2003; 2(2):1-15.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. bras. saúde matern. infant. 2003; 3(1):113-125.
3. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Cien Saúde Coletiva 2010; 15(5):2297-2305.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007, 68 p.
5. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6):1171-1181.
6. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14(Supl. 1):1493-1497.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1):77-93.
8. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
10. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
11. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990a, Seção 1, p 1.
12. Brasil. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF.
13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2000; 5(1):163-177.

14. Gutierrez M et al. Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.), 1996. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Analisis Sectorial. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 114 pp.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
16. Zanella, LCH. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES: UAB, 2009. 164p.
17. Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia – Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
18. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saude 2008; 7(2):241-247.
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.
20. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2007, 12(3):743-753.
21. Suzuki CS, Moraes SA, Freitas ICM. Physical activity and correlates among adults living in Ribeirão Preto, Southeastern Brazil. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(2):311-320.
22. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. J Manag Prim Health Care. 2011; 2(1):18-24.
23. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(4):985-996.
24. Silva FD. 40 horas na ESF? Rev bras med fam comunidade. 2011; 6(18): 15-16.
25. Gusso GDF. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Rev bras med fam comunidade. 2011; 6(19): 97-101.
26. Tesser CD. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. Interface -Comunic., Saúde, Educ. 2006; 10(20):347-62.
27. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Por que sim, e por que ainda não! Saúde e Sociedade. 2004; 13(1):14-24.
28. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - Comunic, Saúde, Educ,. 2003; 7(12):101-22.