

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ADRIANA CARLA LOPES**

**OTIMIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2011**

**ADRIANA CARLA LOPES**

**OTIMIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Raimunda Hermelinda Maia Macena

**FORTALEZA**

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- L85o      Lopes, Adriana Carla.  
            Otimização do modelo de assistência básica à saúde / Adriana Carla Lopes. –  
            2011.  
            49 f.
- Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade  
            Aberta do SUS, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária,  
            Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde (NUTEDS),  
            Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
            Orientação: Profa. Raimunda Hermelinda Maia Lucena
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da família. 3. Educação em Saúde. I.  
            Título.

---

CDD 614.44

ADRIANA CARLA LOPES

OTIMIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Nancy Maria Maia Pinheiro

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Alessandra Évellin d' Almeida Lôbo

### *Dedicatória*

*A Deus, todo poderoso, responsável por nossa existência, que nos dá o dom da sabedoria, acompanhando nossos projetos e realizações de vida, cuidando sempre de mim a sombra das suas asas e por me sustentar nos momentos difíceis.*

*Ao meu esposo Paulo Henrique; que sempre esteve comigo em todos os momentos me apoiando, à minha mãe Aldey; a qual devo a minha vida, fonte de tanta compreensão e apoio, ao meu irmão Charles; pessoa indispensável em minha vida e que me incentivou durante a realização do curso, a minha cunhada Vânia; pela amizade, gratidão que me acompanhou durante a realização deste curso.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus pela saúde, força e coragem nas horas difíceis. Iluminador das minhas idéias, pai de todas as horas, concessor dos meus conhecimentos. E principalmente por ter colocado pessoas muito especiais a minha volta.*

*Ao meu esposo Paulo Henrique que me incentivou e soube superar a minha ausência durante a realização do curso e deste trabalho, por todas as dificuldades surgidas que juntos superamos, também momentos de angústias e alegrias durante esta etapa de minha vida.*

*À minha mãe Aldey, que nos obstáculos enfrentados sempre teve palavras que me deixaram confiante para a conclusão do curso.*

*Ao meu irmão Charles, pelo apoio e carinho, que acreditou no meu esforço e me incentivou a lutar em busca do meu ideal.*

*A minha cunhada Vânia pela amizade, gratidão e confiança durante toda essa caminhada.*

*Ao amigo Edicarlos pela amizade, companheirismo, convivência e por me incentivar a realizar meus projetos de trabalho e de estudo.*

*Ao amigo Sidney pela ajuda e incentivo durante a realização do curso e deste estudo.*

*Ao Secretário de Saúde do Município de Deputado Irapuan Pinheiro; Luís Neto, pelo apoio e que soube compreender minha ausência durante a realização do curso e deste estudo.*

*As famílias pertencentes ao Programa de Saúde do Distrito de Betânia-Deputado Irapuan Pinheiro-CE.*

*Aos funcionários do Hospital Municipal São Bernardo, pela convivência e companheirismo, principalmente as amigas Vângela e Elinária que sempre tiveram palavras de apoio para comigo.*

*As professoras Verônica Moura e Nancy Maria Maia Pinheiro, pela orientação, incentivo, dedicação, que me foi dada na realização deste estudo.*

*A todos que contribuíram com uma palavra, com um gesto, com um sorriso, uma dica. A essas pessoas que embora não mencionadas aqui nominalmente, fazem diferença na minha vida.*

*Muito obrigada.*

*“O homem sempre se preocupou em tornar sua vida maior, quando deveria se preocupar em torna-la melhor. Mesmo porque ele pouco pode fazer para aumentá-la, mas pode fazer muito para melhora-la.” (Autor Desconhecido)*

## RESUMO

Hoje os serviços de saúde devem estar preparados para atender a sua demanda com políticas de prevenção, implementando modelos de atenção à saúde da população, incorporando estratégias com foco na melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Este estudo foi desenvolvido através de relato de experiência, objetivando descrever o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, oportunidade em que foi possibilitado reorientação do modelo assistencial vigente, a partir da atenção primária e sistêmica à saúde. As informações foram adquiridas durante a realização do curso de acordo com as disciplinas propostas em estudo, onde para cada disciplina, foi necessária a construção de um portfólio baseado na literatura e na experiência vivida de acordo com cada realidade. Foram abordadas várias temáticas em relação às experiências locais, com ênfase no aperfeiçoamento das ações de saúde, desempenhadas pelo profissional de saúde. O Curso de Saúde da Família a distância proporcionou aos profissionais de saúde, a oportunidade da concretização da educação permanente, gerando novas idéias e atitudes sobre as práticas, com o intuito de fornecer subsídios que possam auxiliar no aprimoramento das ações de saúde. Os dados obtidos foram descritos em portfólios que foram apresentados em forma de capítulos nos resultados e discussão. Concluimos que as equipes, ao interagirem interdisciplinarmente e participativamente com as comunidades, facilitaram o acesso às atenções básicas, desenvolveram um vínculo de confiança e responsabilidade, conscientizaram da importância da prevenção primária e monitorizaram o perfil epidemiológico das comunidades abrangidas, otimizando a relação custo-benefício e demanda-oferta.

*Palavras-chave:* Atenção à Saúde. Ações de Saúde. Educação Permanente. Saúde da Família.



### **ABSTRACT**

Today health services should be prepared to meet your demand with prevention policies, implementing models of care to population health, incorporating strategies focused on improving the quality of life of users of the Unified Health System - SUS. This study was developed through experience report, we describe learning across the Course of Specialization in Family Health - NUTEDS / UFC, at which was made possible reorientation of the current health care model from the primary and systemic health. Data were acquired during the completion of the course according to the proposed disciplines under study, where for each discipline was necessary to construct a portfolio based on literature and experience according to each situation, several issues were discussed in relation to the experiences sites, with emphasis on improving health actions performed by a health professional. The Family Health Course distance provided to healthcare professionals the opportunity of achieving lifelong learning, generating new ideas and attitudes about health practices in order to provide subsidies that would assist in the improvement of health. The data were described in portfolios that were presented in the results and discussion chapters. We conclude that the teams as they interact in an interdisciplinary and participatory with communities, increased access to basic attention, developed a bond of trust and responsibility, aware of the importance of primary prevention and monitored the epidemiological profile of the communities covered by optimizing the cost-benefit and demand-supply.

*Keywords:* Health Care Health Education Action Committee. Family Health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos gerais</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos e específicos</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Disciplina 1 - Processo de Trabalho em Saúde</b>	<b>19</b>
<b>4.1.1</b>	<b>A Equipe de Saúde Verde X Equipe de Saúde de Betânia</b>	<b>20</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Município de Deputado Irapuan Pinheiro</b>	<b>20</b>
<b>4.1.3</b>	<b>A Unidade</b>	<b>21</b>
<b>4.1.4</b>	<b>A Equipe de Saúde de Betânia</b>	<b>22</b>
<b>4.1.5</b>	<b>O Dia a Dia</b>	<b>23</b>
<b>4.2</b>	<b>Disciplina 2 - Saúde Mental e Violência</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Disciplina 3 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde</b>	<b>30</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Atributos da Qualidade do Cuidado em Saúde</b>	<b>32</b>
<b>4.4</b>	<b>Disciplina 4 - Saúde da Mulher no Ciclo Vital</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>Disciplina 5 - Saúde Ambiental</b>	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Disciplina 6 - Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal</b>	<b>40</b>
<b>4.7</b>	<b>Disciplina 7 - Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência</b>	<b>42</b>
<b>4.8</b>	<b>Disciplina 8 - Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde</b>	<b>43</b>
<b>4.9</b>	<b>Disciplina 9 - Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde</b>	<b>45</b>
<b>4.10</b>	<b>Disciplina 10 - Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MOROSINI, 2007).

Até pouco tempo atrás, no Brasil, a consciência de que era “melhor prevenir do que remediar” não tinha muita ênfase, pois era pouco político. Portanto, diante do atual quadro, viu-se a necessidade de estar reestruturando uma progressiva expansão do processo de organização e planejamento dos serviços de atenção básica à saúde. ///

No Brasil, várias doenças são consideradas de alta prevalência, embora com taxas variáveis de acordo com as áreas do país. Em geral, as taxas apresentam grande disparidade entre regiões mais e menos desenvolvidas. O espectro das doenças e a prevalência variam nas diferentes regiões de acordo com as variações socioeconômicas, educacionais e sanitárias de cada área. Seria de se esperar, entretanto, que nas áreas mais desenvolvidas, a prevalência das doenças fosse bastante baixa, o que nem sempre é verdadeiro. No interior do estado de Ceará, em regiões carentes, a falta de informação, resultam em altos índices de doenças, aumentando a demanda em relação à oferta de atendimento em nível do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica, promoção e prevenção de saúde, formam-se Equipes de Saúde da Família, com médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e outros para se interdisciplinarem com as Equipes de Saúde Bucal. Juntos, estrategicamente, promovem uma substituição do modelo vigente, por um modelo assistencial de saúde, onde o atendimento ao cidadão é equânime, integral e universal.

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada

fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primeiros são partes integrantes tanto do sistema de saúde do país que são pontos centrais e o foco principal é o desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível, os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (MOROSINI, 2007).

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, socialmente apropriadas, otimizando a relação demanda / oferta (BRASIL, 2000).

Configura-se também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na inter ou transdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1995; BRASIL, 2000).

Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais da família e da comunidade, para que ocorra de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde como causa de saúde sistêmica (BRASIL, 2000).

A atuação tradicional do setor da saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores sócio-econômico-culturais, com tendência generalizante, fragmentando-o, compartimentando-o e descontextualizando-o de suas realidades familiares e comunitárias. Seu enfoque assistencialista e desarticulador vêm gerando dependentes sociais, tratando os indivíduos como permanentes receptores de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente (BRASIL, 2000).

Esse problema amplia-se pela tradicional forma de atenção à família, privilegiando o atendimento individualizado de seus membros. O indivíduo é visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade e acaba relacionando-se repartidamente com as ações e os serviços de saúde. Seus anseios, desejos, sonhos, crenças,

valores, virtudes, relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos ao serem abordados por um profissional de saúde tradicional e positivista (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1995; BRASIL, 2000).

Já a família, tradicionalmente vista também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixado ou na sua composição nuclear ou na relação com os demais subsistemas sociais e econômicos, precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros (BRASIL, 2000).

Atualmente vem se estruturando em nível internacional (México, Canadá, Cuba, e outros), uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a, proporcionando o apoio necessário ao desempenho da auto-estima e de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas (BRASIL, 2000).

Cabe, então, o exercício de uma nova prática com base em outra racionalidade, partindo-se de uma premissa solidária, construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 1995; BRASIL, 2000).

Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde junto ao ambiente e ao indivíduo, com vistas à construção da Equipe de Saúde como a verdadeira unidade produtora de ações e desses serviços. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho. Tal prática somente será eficaz, se associada ao fato da criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 2000).

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população, mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa ideia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser

acolhidas; Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema; e não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (MOROSINI, 2007).

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo, entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão (BRASIL, 2000).

Entre essas questões, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a ideia predominante envolve uma .imagem em pirâmide para a atenção à saúde, bem como a ideia da .complexidade crescente. em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Pouco a pouco, parece surgir à possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários, aquilo que para as pessoas são necessidades de saúde, mas que não se enquadram no referencial técnico-científico hegemônico (MOROSINI, 2007).

O Curso de Saúde da Família a distância proporcionou aos profissionais da área a oportunidade da concretização da educação permanente, possibilitando o conhecimento adquirido através das disciplinas ofertadas e criando estratégias para a solução dos problemas de acordo com a realidade, visando à educação continuada para melhor qualidade das ações prestadas aos usuários, gerando novas idéias e atitudes sobre as práticas de saúde, com o intuito de fornecer subsídios que possam auxiliar no aprimoramento das ações de saúde. Com o interesse de produzir conhecimento e gerar discussões sobre as estratégias existentes e suas facilidades, viabilidades, propondo e articulando novas ações com base em experiências locais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, oportunidade em que foi possibilitado reorientação do modelo assistencial vigente, a partir da atenção primária e sistêmica à saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- \* Relacionar a aplicação dos conteúdos do curso na vivência profissional.
- \* Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa realizada através de relato de experiência, com caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um ou vários casos particulares a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZZOTTI, 1995). Sendo uma observação direta, na qual o pesquisador registrou as experiências vividas de um grupo durante um período delimitado de tempo.

#### **3.2 Local de Estudo**

O estudo foi realizado na área de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito de Betânia, zona urbana, do município de Deputado Irapuan Pinheiro, Ce., com área de abrangência de aproximadamente 749 famílias onde 100% da população da área são acompanhadas por agentes comunitários de saúde.

#### **3.3 Descrição do Curso**

Durante a realização do curso, as disciplinas ofertadas foram: Processo de Trabalho em Saúde, Saúde Mental e Violência, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher no Ciclo Vital, Saúde Ambiental, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde, Práticas Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde e Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. O curso foi desenvolvido no período de agosto de 2010 a setembro de 2011.

#### **3.3 Descrições de como os portfólios foram produzidas**

Os portfólios foram construídos através das temáticas abordadas de acordo com as disciplinas ofertadas pelo curso, através de reflexões e discussões realizadas nas atividades propostas pelo curso, com o auxílio da literatura, com base nas experiências vividas de acordo



com a realidade relacionada à prática do profissional no seu ambiente de trabalho, levando em consideração os aspectos econômicos, financeiros, culturais e educacionais da população em estudo.

### **3.4 Explicação de como foi organizada a apresentação dos portfólios**

Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada onde disciplinas foram Processos de Trabalho em Saúde, Mental e Violência, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher no Ciclo Vital, Saúde Ambiental, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal, Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência, Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde, Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência. Houve (respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTFÓLIOS**

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países, para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde (MOROSINI, 2007).

Ao longo do tempo, a APS tem adquirido diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua compreensão.

### **4.1 Disciplina 1 - Processo de Trabalho em Saúde**

No caso da saúde, o processo de trabalho de seus profissionais tem como elemento focal a efetiva busca da promoção da saúde, a qual tem como base as ações de assistência e cuidado que se realiza exatamente no cotidiano dos processos terapêuticos, tornando-se necessário discutir a micro política desse cotidiano onde se situam atores políticos que, por exemplo, ocupam e constroem o cenário das práticas sanitárias. Profissionais de saúde e usuários dos serviços precisam recuperar seus lugares como sujeitos de fato e de direito em uma dimensão que apela para uma retomada do humano naquilo que lhe é mais próprio: suas possibilidades de exercer autonomia e responsabilizar-se por suas práticas ultrapassando um lugar de objeto de ação, como simples lócus operativo da terapêutica e alcançando sua dimensão de sujeito da história, ou seja, não só os usuários são objetos de uma prática ou de um sistema de saúde, mas os próprios profissionais quando perdem a capacidade de refletir sobre sua prática e sua história (MOROSINI, 2007).

Na disciplina de Processo de Trabalho em Saúde foi proposto discutir, em uma perspectiva interdisciplinar, as relações entre saúde e doença através da compreensão dos aspectos conceituais, biológicos, subjetivos e sociais que caracterizam essa relação, incluindo: a avaliação das situações de risco da população estudada, com o objetivo de contribuir na formação básica do profissional de saúde, capacitando o mesmo para; identificar as situações de risco à saúde; identificar os processos mórbidos associados com a exposição aos fatores de risco; e reconhecer, na perspectiva interdisciplinar, a relação social complexa e que envolve várias dimensões dos sujeitos.

Foi solicitado durante o estudo da disciplina como atividade, avaliar e comparar os problemas de uma equipe de saúde dada como exemplo no material didático (Equipe de Saúde Verde) com a equipe de saúde da família no qual foi desenvolvido este estudo (Equipe de Saúde do Distrito de Betânia - Deputado Irapuan Pinheiro).

#### 4.1.1 A Equipe de Saúde Verde X Equipe de Saúde de Betânia

Parece que como uma fotocópia de outras equipes de saúde da família do nordeste brasileiro, a Equipe Verde apresenta principalmente problemas relacionados à estrutura física e funcional da unidade de saúde. Este é um grande problema enfrentado pelos trabalhadores de Saúde da Família, visto que esta estratégia foi colocada obrigatoriamente nos municípios, fazendo com que os gestores municipais encontrassem maneiras rápidas de adaptação para alocação destas unidades, como: aluguel de casas com estrutura mínima ou a construção de postos em região acidentada e com pouca viabilidade de ampliação, que é o caso da unidade na qual trabalho. Outra realidade que se aproxima das realidades que conheço particularmente é a dificuldade da permanência dos funcionários nos cargos, fazendo com que a rotatividade dos mesmos dificulte em algumas condutas e diagnósticos dos pacientes.

#### 4.1.2 Município de Deputado Irapuan Pinheiro

Para complementação deste trabalho foi solicitado a Caracterização do Município e da Unidade de Saúde, onde foram desenvolvidas as atividades, os relatos de experiências, os portfólios durante a realização do curso, para uma melhor contextualização e entendimento do trabalho

Deputado Irapuan Pinheiro emancipado há apenas 22 anos. Originário do antigo Distrito de São Bernardo do município de Solonópole, está localizado no Sertão Central do Estado do Ceará, com uma extensão de 430 km<sup>2</sup> e uma distância da capital de 315 km, faz divisa com os municípios de Acopiara, Milhã, Senador Pompeu, Solonópole e Piquet Carneiro, existindo acesso asfaltado somente pelo município de Milha, com uma população de 9.108 habitantes dividida em: 3.717 hab. na zona urbana e 5.391 hab. na zona rural (IBGE, 2007), o que demonstra a característica extremamente rural do município. A principal atividade econômica do município está relacionada à agricultura que é basicamente de subsistência, apresentando também pequenos comércios de alimentos e roupas, padarias e bares, onde o movimento financeiro está relacionado, principalmente, aos empregos do serviço público municipal e benefícios pecuniários do Governo Federal, aposentadorias e pensões. O serviço de Saúde é completamente do serviço público, apresentando: 01 Hospital de Pequeno Porte com Sala de Parto, 04 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 06 Postos de Saúde, 04 Equipes de Saúde Bucal, 01 consultório de Fisioterapia, 01 Farmácia Básica, 01 Laboratório ligado ao Hospital Municipal. Devido a dificuldades relacionadas a uma territorialização ineficiente, as equipes de saúde atuais, vêm enfrentando problemas relacionados ao acesso da população de algumas regiões às Equipes de Saúde da Família, na qual está inserida. O município apresenta poucas oportunidades de lazer, restringindo-se a atividades de lazer domésticas, um balneário pequeno e atividades esportivas raras. Quanto à religiosidade e festas municipais, o município contém algumas igrejas cristãs (católica e evangélica(s) ) e possui 03 festejos: a festa de emancipação municipal em Abril, um carnaval fora de época (CARNAPEBA) em Julho e uma vaquejada em Outubro.

A política local é de cunho popular e assistencialista, o que frequentemente influencia de forma negativa nas tomadas de decisões dos serviços de saúde, existindo também o grande problema no desenvolvimento da estratégia da SF é o da rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

#### 4.1.3 A Unidade

A unidade de Saúde da Família de Betânia, que abriga a Equipe de Saúde da Família II, foi inaugurada há 14 anos e está situada no centro do Distrito de Betânia, recentemente passou por uma reforma para melhorar a estrutura física e apresenta 01 a seguinte estrutura; consultório médico, 01 de Enfermagem, 01 odontológico, 01 Farmácia, 01 Sala de vacina, 01 Sala de Procedimentos, 01 cozinha e 01 área de serviço. Para a

realização de reuniões, palestras e rodas de conversa é utilizado a Escola Municipal local, no período noturno, visto que apresenta salas de aulas vazias neste horário, ou a recepção que é pequena e não atende a algumas especificações para realização de técnicas de educação em saúde. Possui materiais hospitalares de grande importância para o funcionamento como: glicosímetro, tensiômetro, medicamentos injetáveis, autoclave, entre outros. Por haver, uma região mais distante, Maratoan, a equipe possui nesta localidade, um posto de saúde com estrutura física para realização dos atendimentos, mas em outras regiões também distantes da Unidade de Saúde os atendimentos são realizados em escolas desativadas.

A unidade de saúde funciona de 08:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, 40 horas semanais.

#### 4.1.4 A Equipe de Saúde de Betânia

É formada pelos profissionais apresentados a seguir:

**A.L.L.P.**, 50 anos, casada, não tem filhos, agente comunitária de saúde da micro área 1, com 100 famílias cadastradas. Terminou o ensino médio e era agricultora antes de trabalhar como ACS. Foi uma das primeiras agentes de saúde do município, hoje está bastante preocupada com aposentadoria, relata cansaço e dificuldade para realizar algumas atividades, pois a mesma é diabética e hipertensa.

**E.A. de S.**, 45 anos, casada, 2 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 2, com 126 famílias cadastradas. Estudou até a 8ª série e também era agricultora antes de ser ACS. Foi também uma das primeiras agentes de saúde do município. É muito preocupada e organizada com o trabalho

**G.M.P.**, 33 anos, casado, 1 filho, agente comunitário de saúde da micro área 3, com 127 famílias cadastradas. Terminou o Ensino médio e sempre participou ativamente de movimentos religiosos (ela e o esposo são membros do grupo de Encontro de Casais com Cristo). É bastante organizada.

**J.P.**, 39 anos, casado, 3 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 4, com 128 famílias cadastradas. Terminou o ensino médio, trabalha também como agricultor (administrado suas propriedades de terra), participa ativamente de movimentos políticos, religiosos (também ele e a esposa são membros do Encontro de Casais com Cristo), da comunidade, faz parte do Conselho Municipal de Saúde, é o representante da sua região, busca a melhoria de saúde; educação; de melhores condições de vida para os povos de sua área. É muito interativo.

**M.A. da S.**, 48 anos, casada, 4 filhos, agente comunitário de saúde da micro área 5: com 125 famílias. Terminou o ensino médio e trabalha como Agente de Saúde, e era agricultora antes de trabalhar como ACS. Refere cansaço.

**M. D. L.**, 27 anos, solteira, não tem filhos. Agente comunitária de saúde da micro área 6, com 124 famílias cadastradas. Agente de Saúde há pouco tempo, antes era professora. É preocupada, organizada com seu trabalho, atua da melhor forma possível. É muito atuante. Terminou o ensino médio e esta terminando o curso de auxiliar e técnica de enfermagem.

**P.K.C.L.**, 28 anos, casada, médica. Formada há 04 anos . Está trabalhando há 05 meses no Posto de Saúde.

**Adriana Carla Lopes**, 25 anos, casada, enfermeira, sem filhos. Formada há 02 anos. Trabalha em Saúde da Família há 1 ano e 06 meses neste município, satisfeita com o trabalho nestes últimos meses, embora as dificuldades encontradas, mas com a esperança de melhoras nesta Unidade Básica de Saúde. Também trabalha como enfermeira plantonista no Hospital Municipal do mesmo município. É membro do Conselho Municipal de Saúde; das seguintes Comissões: CCIH, dos Maus Tratos contra as Crianças e Adolescentes, da Revisão de Prontuários médicos; da Equipe em busca pelo selo Unicef edição 2009 a 2012.

**C.M.**, 30 anos, auxiliar de enfermagem, casada, 2 filhos. É uma funcionária excelente. Dedicada e comprometida com a população da região.

**A.E.F.**, 25 anos, cirurgião-dentista, solteiro, trabalha há 4 meses nesta unidade. É integrado com o restante da equipe e é comprometido com a população.

**C.M.P.N.**, 33 anos, técnica de saúde bucal, solteira, 1 filha, trabalha como TSB há 2 anos, tem o ensino médio completo e trabalha como vendedora nas horas vagas.

**K.M.P.L.**, 30 anos, casada, 1 filha. Trabalha no SAME há 04 anos. Concluiu o ensino médio. Interage com a equipe e com a população.

**R.M.N.**, 33 anos, solteira, 1filha, trabalha no SAME há 08 anos. Estudou até o ensino médio. Dedicada ao trabalho, é organizada.

**M.P.N.**, 31 anos, casada, tem 1 filho, auxiliar de enfermagem, trabalha com a imunização.É muito competente e responsável.

#### 4.1.5 O Dia a Dia

O tempo da Equipe de Saúde de Betânia está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico,

atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas, visita domiciliar aos pacientes acamados e idosos que apresentavam dificuldades de ir ao posto de saúde. Além de estabelecermos também dois dias no mês para um atendimento nas regiões mais distantes da Unidade de Saúde.

Na disciplina Processo de Trabalho em Saúde estudamos, refletimos, debatemos sobre o funcionamento e dinâmica da Estratégia Saúde da Família, onde o tempo de trabalho essencial para exercer as funções com qualidade, sendo interessante traçar metas e objetivos a serem alcançados.

O desenvolvimento de Saúde no Brasil passou por várias etapas e ainda continua num processo em busca de melhor qualidade, eficácia e eficiência. Nos dias atuais o conceito de saúde não se restringe apenas a ausência de doenças, mas sim um completo bem estar físico, psíquico e emocional (BRASIL, 2000). Os fatores culturais, valores, hábitos e costumes de um povo fazem parte desse processo de saúde interferindo nas ações. Hoje enfrentamos problemas: DSTs, gravidez na adolescência.

Nossos pacientes precisam de uma assistência integral, onde o profissional de saúde deve manter o sigilo, a privacidade, a individualidade do usuário de saúde, dando ênfase nos aspectos psicológicos, sociais, psíquicos.

Nos fóruns, Democratização de idéias e Diferença das diferenças foi refletido e debatido entre os participantes os problemas da ESF, onde percebemos que os problemas se repetem em localidades diferentes. Dentre eles destacamos: os gestores são colocados nos cargos muitas vezes por questão de política sem preparo profissional para assumir o cargo, sem compromisso com a população; os usuários ainda têm uma visão hospitalocêntrica, preocupados com o curativo não dando importância a educação em saúde; os enfermeiros com sobrecargas de trabalho, realizando em maior parte do tempo ações curativas; falta de apoio dos gestores; falta de comunicação e interação entre a equipe e da equipe com a comunidade. Muitos são os problemas enfrentados no nosso dia-a-dia.

No papel, a ESF é muito bonita, mas a realidade é cruel e durante a formação acadêmica não somos preparados para enfrentar esses desafios, por isso continuamos na luta, fazendo nossas funções e com esperança de mudanças e melhores condições de trabalho, que nossos gestores se sensibilizem para uma melhor assistência de saúde a nossa população e que a comunidade valorize as ações de educação em saúde, porque ela é um elemento essencial para conquistar a confiança dos nossos clientes, para isso é necessário que haja comunicação, interação entre os membros da equipe ( ESF ) com a comunidade.

Compreendemos que a Saúde da Família pode-se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando autonomia, criatividade e integração entre a equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Segundo Almeida e Mishima (2001), é importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais previstos no PSF ( médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde ) encontram-se arroladas no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.13), sendo inclusive enfatizado que estes devem *"estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo"*. Contudo, um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

Acreditamos que o desafio está colocado, reconstruir nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como mais que *"um ato, uma atitude"* (BOFF, 1999).

O ser humano deve ser visto individualmente e grupalmente levando em considerações os determinantes sociais de saúde. Gutierrez e Minayo (2008) afirmam sobre a importância das redes sociais em saúde como formas afetivas, educativas, que interferem nos lares de maneira mais proativa.



Determinantes sociais da saúde são as condições econômicas e sociais que afetam a saúde. Virtualmente todas as doenças mais comuns são primariamente determinados por uma série de fatores socio-econômicos que aumentam ou diminuem o risco de contrair tal doença, em particular, doença cardiovascular e diabetes tipo II.

Determinantes sociais da saúde incluem renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura, gênero e condições ambientais. Pessoas e famílias em boa situação socio-econômica, e que possuem boa educação, possuem menor risco de serem adquirirem ou serem afetados por doenças, devido ao maior conhecimento e acesso aos meios pelo qual as doenças podem ser tratadas, enquanto que gênero e cultura estão comumente correlacionados com fatores socio-econômicos, e visto, são incluídos como determinantes sociais.

Os determinantes sociais de saúde estão em ênfase I, pois através desses fatores sabemos as reais necessidades da população, vimos também que as comunidades de renda baixa são mais suscetíveis a doenças, apresentam mais problemas em relação ao nível de escolaridade e a compreensão sobre determinados assuntos. Vimos também os vários tipos de famílias e seus respectivos pensamentos que regem de acordo com sua classe social e com o meio em que vivem.

Considerando as várias interpretações, a APS também tem sido compreendida como: um conjunto de atividades associadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem estar ou não restritas ao campo da saúde; um nível de assistência conectado com os demais níveis que conformam o sistema de serviços de saúde; uma estratégia de organização do sistema de serviços de forma a garantir a efetivação das diretrizes organizativas de um dado sistema de saúde e com um princípio norteador das ações desenvolvidas em qualquer momento do cuidado ofertado pelo sistema de saúde (MATUMOTO, 2005).

Segue a apresentação dos portfólios de acordo com a disciplina estudada:

## 4.2 Disciplina 2 - Saúde Mental e Violência

Diante do tema, “Saúde Mental e Violência” que foi estudado e discutido, gerando assim uma reflexão sobre a história da psiquiatria no Brasil, observa-se que atualmente o assunto vem se ampliando desde o momento da implantação em hospitais até o trabalho desenvolvido e assistido pelas equipes multiprofissionais e multidisciplinares.

Há alguns anos, o conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), era ausência de doenças, hoje não somente a ausência de doenças, mas também um completo bem-estar físico, mental, social e emocional, entendendo que o ser humano é um indivíduo que possui sentimentos e emoções, sendo que em determinadas situações uma dessas funções são alteradas e para aqueles indivíduos que já são mais propícios a desenvolverem problemas psiquiátricos ou que já tem um diagnóstico de transtorno mental, é o momento em que começa a enfrentar os problemas mentais.

Os povos primitivos acreditavam que o doente mental era carregado de fantasias irracionais, irrealis, com o espírito dos demônios. Aos poucos estas explicações foram substituídas por várias teorias que atribuíam causas naturais para a etiologia das doenças. O retrocesso do pensamento científico, correspondente ao período da Idade Média, foi presente até o advento da primeira revolução Psiquiátrica, impulsionada pela ideologia humanista e pelo surgimento da psiquiatria como especialidade médica. A partir de então, a psiquiatria desenvolveu cada vez mais até a consolidação da Psiquiatria moderna.

A história da saúde mental se relaciona de acordo com os vários modelos de atenção em saúde e em atenção à saúde mental, sendo vivenciadas pela sociedade de cada período, analisada e entendida, preconizada pela sociedade de acordo com o conhecimento que se tinha em cada época.

Os tratamentos para portadores de doenças mentais antigamente eram a magia, a invocação dos poderes celestiais e do exorcismo de demônios, utilizando-se de castigos físicos e outras punições.

Somente a partir do século XVI é que foi restabelecido o caráter científico da psiquiatria, no qual os médicos e outros profissionais de saúde retomaram as observações clínicas minuciosas sobre o comportamento e as verbalizações dos doentes mentais (CATALDO, 2003).

A criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico que reorganizaria o louco como sujeito da razão, promovendo o enquadramento das pessoas em um padrão de conduta socialmente aceita, pois aqueles que não tinham um comportamento adequado baseado do que ditava a sociedade era tido como louco, tendo que se isolar das pessoas ditas normais, sendo obrigados a irem para as instituições psiquiátricas, onde os mesmos não tinham privacidade, não se relacionavam com os seus familiares, não realizavam atividades e tarefas, eram vistos como entulhos para a sociedade. Durante muito tempo foi esse pensamento que prevaleceu, pois esse era o modelo de atenção em saúde mental.

A história mostra que os hospitais psiquiátricos serviram por muito tempo, como um lugar onde os ditos “loucos” pela sociedade eram internados, isso tudo por conta das famílias que queriam se livrar de membros familiares que apresentavam transtornos mentais, pois é um velho costume das famílias se livrarem dessas pessoas.

Mas depois de muitos estudos, alguns pensadores e estudiosos observaram que essas pessoas não tinham evolução de seu quadro clínico e começaram a dar importância ao relacionamento do doente mental com o mundo lá fora, com os seus familiares, que os mesmos precisavam e tinham o direito de serem incluídos na sociedade, respeitando os limites de cada um, de acordo com o seu diagnóstico.

Nos últimos 30 anos, o Brasil tem construído um novo modelo assistencial focado na desinstitucionalização dos pacientes asilados e na promoção da inclusão social. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação

das políticas públicas que alicerçam os novos paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil.

Como uma tentativa de ação para os condicionamentos de precariedade e falta de atenção adequada ao portador de doença mental foram desenvolvidos programas e estratégias, no que se refere à humanização no cuidado, acompanhamento, avaliação ao portador de transtornos mental capazes de melhorar o contato humano entre os profissionais de saúde e os doentes mentais, implementando dessa forma uma nova visão a respeito do paciente com transtorno mental.

Observamos avanços no campo da saúde mental, pois hoje temos os serviços do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Hospital dia, Hospital de residência terapêutica que tem um atendimento humanizado, com o intuito de inserir o paciente na vida em comunidade, fazendo com que o mesmo se sinta importante e sendo parte integrante dentro do seu grupo, do meio em que vive, como também trabalham com a família do paciente para que eles saibam como lidar com o familiar portador de sofrimento psíquico.

A atenção básica acompanha esses pacientes, fazendo intervenções e encaminhamentos aos serviços especializados, quando necessárias dentro dos padrões preconizados.

Espera-se que a partir deste momento seja construída uma nova história sobre o tratamento psiquiátrico, voltando-se mais para o indivíduo portador de algum sofrimento psíquico, procurando não somente atender as transformações da assistência impostas pelo desenvolvimento da ciência e tecnologia, mas para posicionamentos profissionais adequados para o enfrentamento da atual realidade. Assim, vimos como fundamental que sejam criados, adaptados estruturas e recursos de atenção ao doente mental, de forma a incluí-lo no seu meio social.

O propósito nos últimos anos tem sido a luta pela valorização e respeito ao paciente portador de distúrbio mental, onde façam parte da terapêutica, não basta tomar medicamento e viver excluído da família e da comunidade, o tratamento deve ser inter-setorial.

Porém ainda assim, há um longo processo a ser percorrido. Faz-se necessário, portanto, construir um projeto terapêutico cujas transformações

devem ser discutidas, elaboradas, incorporadas e articuladas com os setores sociais envolvidos no modelo de atenção em saúde a ser proposto.

Atualmente, é consensual que quando a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo. Estudos citados por Waidman (1999) apontam que a família é fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de Saúde Mental com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

Portanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos.

É evidente que o processo requer discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inseri-lo no seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de sua existência.

### **4.3 Disciplina 3 - Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde**

A mudança do modelo assistencial é um processo longo, exigindo uma nova postura dos membros da equipe de saúde da família, pois deve ter compromisso e responsabilidade com a comunidade assistida, cada um dos profissionais executando suas determinadas funções, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do projeto de mudança.

A estratégia saúde da família (ESF) surge em resposta à crise do modelo médico-clínico, propondo uma real mudança na forma de pensar à saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a

assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social (OGATA; MACHADO e CATOIA, 2009).

Na minha realidade, são desenvolvidas ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Saúde da Família (PSF), para prestar assistência na atenção primária, seguindo em busca da concretização de estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência.

No distrito de Betânia, município de Deputado Irapuan Pinheiro-CE, o PSF realiza atividades em grupos educativos tais como, grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, grupos de caminhada e atividades nas campanhas de vacinação. Procuramos diversificar essas atividades fazendo palestras, dramatizações e dinâmicas para que as pessoas se interajam com a equipe e responsáveis pelo seu estado de saúde. Nas campanhas de vacinações, procura-se ter como atrativo o Zé Gotinha e brinquedos, para incentivar as crianças a aderirem melhor as vacinas. Outras atividades como Teste do pezinho, consulta e exame ginecológico, puericultura, pré-natal, visita domiciliares, consultas médicas e de enfermagem, consultas odontológicas atuando com o programa da saúde Bucal.

Enfrentamos muitas dificuldades na perspectiva da mudança do modelo assistencial, pois a nossa população ainda tem uma visão hospitalocêntrica, com influências no conceito de saúde: apenas como ausência de doenças, tendo resistência na participação no grupos, não aderindo ao tratamento continuando.

Traz-se, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio, “a reforma sanitária brasileira”, Tema também recorrente nos debates, onde se verifica que ao longo do tempo tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde" (OGATA; MACHADO e CATOIA, 2009).

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), no lugar de programa, já que o termo aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como um dos seus fundamentos, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade, participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Como consequência de um processo de deshospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

Do ponto de vista da abordagem, o Pacs e o PSF trouxeram a família e comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando dicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a area da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS. A ABS, então, configura-se como primeiro nível que se articula tematicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provem através de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (BRASIL, 2000).

Durante o estudo da disciplina de Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde foi solicitado analisar uma situação presente no material didático e discutir os Atributos da Qualidade do Cuidado em saúde:

#### 4.3.1 Atributos da Qualidade do Cuidado em Saúde

No caso relatado é notório a presença de atributos de qualidade presentes e ausentes na prestação de cuidados de saúde. Vejamos:

- Eficácia: trataram a cefaléia, foi diagnosticado a HAS, mas não houve um acompanhamento de qualidade e atenção a saúde do portador de HAS, sendo talvez mantido somente o

tratamento medicamentoso, faltando por parte da equipe de Saúde da Família: a educação em saúde.

- Eficiência: nesse caso observo que não ocorreu eficiência, pois acredito que as consultas eram realizadas com uma visão medicalista; tanto pelo profissional como pelo paciente. Muitas consultas realizadas em um menor espaço de tempo.

- Efetividade: Não houve efetividade, pois dona Maria não aderiu ao tratamento de HAS; por falta de informação?

- Equidade: As ações não foram distribuídas de acordo com as necessidades de dona Maria.

- Oportunidade: Ocorreu demora no acompanhamento do tratamento, o que ocasionou malefícios.

- Continuidade: Faltou continuidade na prestação do cuidado em saúde desde a atenção primária: percebe-se uma comunicação ineficaz entre os níveis de assistência primária, secundária e terciária; pois dona Maria recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos, não foi encaminhada para o serviço de fisioterapia e reabilitação.

- Acessibilidade: Acredito que nessa equipe de saúde da família os serviços não são organizados de acordo com a demanda da população.

- Aceitabilidade: Hoje em dia as ações de saúde voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica são bem aceitas pela população, pois são comprovados os resultados.

- Otimidade: Nesse caso, diante da situação de dona Maria, a equipe de saúde da família deve continuar investindo nas orientações de higiene, alimentação, prevenção das úlceras de decúbito, manter o tratamento medicamentoso. Sendo que a enfermeira deve continuar as visitas para realização dos curativos de forma adequada, acompanhar as funções desenvolvidas pelo auxiliar de enfermagem, interagir com o cliente e com os familiares, tendo como foco uma melhor assistência de saúde, evitando maiores complicações.

- Legitimidade: Percebemos grande ênfase na prevenção nos cuidados de úlceras de decúbito, promoção e prevenção da HAS, acompanhamento dos hipertensos, fazendo com que esses participem de grupos, adesão ao tratamento e a um novo estilo de vida: novos hábitos alimentares, realização de caminhadas e exercícios físicos.

- Ética: Devemos refletir e debater entre os membros da equipe de saúde da família, sobre nossas condutas, ações, trabalhos frente aos nossos usuários. Avaliar se o cuidado prestado pela equipe de saúde da família está sendo eticamente adequado e correto de acordo com as necessidades da população em estudo.



Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da atenção básica adotada pelo governo federal foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país e de consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública. (MOROSINI, 2007)

#### **4.4 Disciplina 4 - Saúde da Mulher no Ciclo Vital**

A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, através de práticas de saúde, de forma a garantir a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Essa atitude implica uma compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, assim como precisa acionar um conjunto de práticas e saberes que devem ser articulados para dar conta dessas questões. Implica também estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, que precisam atuar de forma complementar e contínua, por isso a garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar. É item necessário para a implantação das equipes de Saúde da Família. Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde. (MOROSINI, 2007)

A enfermagem é a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde a grande questão existencial do homem, a ciência e tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética, numa abordagem epistemológica, efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde responsável inicialmente pela promoção, prevenção e na recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. É um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial. Na área educacional, exercendo a função de professor e mestre preparando e acompanhando futuros profissionais de nível médio e de nível superior, Dentro da enfermagem, encontramos o auxiliar (nível fundamental) e o técnico (nível médio)

ambos confundidos com o enfermeiro, entretanto com funções distintas com qualificações específicas.

A enfermagem é uma ciência holística, ou seja, cuida do paciente como um todo, não apenas a patologia, mas sim em todo ser humano, desde fisicamente, mentalmente prestando assim assistência psicológica ao indivíduo. Na última década foi aberto aos profissionais de enfermagem um amplo campo de trabalho com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Atualmente a enfermagem é uma das poucas profissões da área da saúde que pode mesclar o "humano com o científico", pois além de cuidar do paciente quando está enfermo, a enfermagem atua na prevenção de doenças e na produção de pesquisas para evitar que as mesmas acometam indivíduos, pre-dispostos ou não.

Iniciamos uma reflexão sobre a assistência de enfermagem em relação a saúde da mulher no seu ciclo vital.

Dentro das políticas de atenção à saúde da mulher, o ministério tem valorizado no território nacional todo o cuidado, trabalhando na capacitação dos profissionais, para prestar uma assistência de qualidade à saúde da mulher. O cuidado com a saúde da mulher se inicia no seu ciclo vital, ou seja, desde a adolescência até a melhor idade. Dentro do Programa de Assistência à Saúde da Mulher ele contempla a mulher gestante, a puérpera, a mulher no pós-parto, a mulher no climatério, a mulher vítima de violência.

É importante que o profissional que está na assistência da saúde da mulher, ou em qualquer outra área, também esteja aberto ao questionamento. Isso é fundamental para a compreensão e o compartilhamento o cuidado à saúde da população. Desta forma, acredito que podemos ter uma população mais saudável, responsável, que contribui com o meio ambiente, e com a responsabilidade social.

O enfermeiro deve acompanhar e compreender a mulher, avaliando a sua saúde nas diferentes situações vivenciadas no ciclo da vida, incorporando o período reprodutivo e fora deste, e suas interações sócio-político e cultural.

A assistência de enfermagem a mulher no seu ciclo vital faz uma abordagem integral começando pela mulher gestante; com o objetivo de desenvolver ações voltadas à detecção precoce da gestação, bem como seu acompanhamento regular. O enfermeiro realiza as consultas de enfermagem no pré-natal de baixo e médio risco com intervalo de quatro semanas entre as consultas, alternadas com consultas médicas. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro, após avaliação de risco feita pelo médico ou enfermeiro obstétrico; realiza orientações dietéticas; o uso de antieméticos prescrito pelo

médico, caso a gestante não responda a orientação dietética; encaminha ao atendimento odontológico e ao grupo de orientações à gestante. Compete ainda ao enfermeiro, assistir a puérpera.

A mulher tem suas particularidades e como adulto necessita de avaliação das condições de saúde periodicamente. A enfermagem tem fundamental importância na atenção à mulher, desde a realização do acolhimento até a resolutividade (orientação, educação e saúde etc.)

Na atenção à mulher, cabe ao enfermeiro: realizar consultas de enfermagem, orientando e realizando a coleta do exame citopatológico e o exame de mamas, tratando infecções vaginais, cervicais e outra DST, segundo protocolo padronizado, orientando quanto aos métodos de concepção e anticoncepção (planejamento familiar), indicando métodos naturais de barreira e estimulando o uso de preservativos. Na atenção à mulher no climatério, o enfermeiro orienta quanto a dieta e exercícios; promove ações educativas individuais e coletivas. A menopausa é um episódio dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher.

O climatério se apresenta como fenômeno fisiológico decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres. Representa a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, com conseqüências sistêmicas e potencialmente patológicas. Designado também de “menopausa”, o assunto vem sendo alvo de intensas pesquisas pela alta incidência ambulatorial de mulheres com algum tipo de sintomatologia neste marco biológico e, em perspectiva a um aumento futuro de atendimento a uma população brasileira de 3º idade.

Mas ainda há um longo caminho a percorrer, pois enfrentamos muitas dificuldades na saúde pública: falta de médicos, escassez de recursos humanos e físicos, deficiências, carências nas unidades básicas de saúde.

O enfermeiro também presta assistência à mulher vítima de violência. Há milhares de mulheres que sofrem de alguma forma de violência e são muito poucas as que contam a alguém. As vítimas da violência doméstica provêm de vários estilos de vida, culturas, grupos, várias idades e de todas as religiões. Todas elas partilham sentimentos de insegurança, isolamento, culpa medo e vergonha.

A violência física (spancamento) é a agressão mais comum, ocorrendo também as agressões verbais, mentais. Além das marcas físicas, a violência à mulher costuma causar também sérios danos emocionais.

A violência contra a mulher atinge milhares de mulheres, e é um problema universal que, em grande número de vezes ocorre de forma silenciosa e em outros casos acontece diante da sociedade e nós não sabemos como proceder diante de determinadas situações.

Dentro desse contexto, cabe ao profissional de enfermagem orientar o indivíduo a denunciar esse tipo de agressão, pois somente assim terá um amparo específico, além do mais esse tipo de violência engloba não somente a agressão física, mas também a psicológica e a moral. O enfermeiro deve assegurar à mulher dando apoio psicológico, e também encaminhando para órgãos especializados para esse tipo de caso.

Com isso, finaliza-se com a certeza de que é preciso tratar a violência, não apenas como uma questão de justiça, mas também como uma questão de saúde pública.

Visto que atualmente no contingente de atendimento à mulher o profissional de enfermagem é co-participante. Mulheres que geralmente apresentam crenças variadas sobre sua saúde se beneficiariam com informações sobre as alterações fisiológicas que estão experimentando, ou seja, as alterações biopsicossociais, que interferem na sua qualidade de vida, buscando formas de vivenciar estes sintomas com hábitos mais saudáveis. Sendo assim estabeleceu-se que a assistência de enfermagem deve ser direcionada para possibilitar a intervenção da equipe de saúde com maior segurança e eficácia, perpassando a maioria das ações desenvolvidas como parte integrante dos serviços de atenção à mulher.

Cabe ao enfermeiro uma atuação bem maior que a assistência, e o amplo leque de atividades desempenhadas, determinando, inclusive, a qualidade das ações desenvolvidas por outros profissionais da equipe de saúde.

Espera-se que cada vez o enfermeiro traga algumas contribuições do seu trabalho para as mulheres nas organizações de atendimento a saúde, oferecendo uma maior consistência teórica e técnica, quanto ao entendimento da mulher no seu ciclo vital.

#### **4.5 Disciplina 5 - Saúde Ambiental**

No cenário mundial e especificamente no Brasil, a questão ambiental tem se tornado algo preocupante para a humanidade. Ela deixou de ser um tema que interessa somente a ambientalistas ou pessoas vinculadas às questões ecológicas, para ser vista como uma problemática que preocupa toda a sociedade.

Na sociedade atual, quando as ciências humanas estão voltadas para os valores do meio ambiente, o fenômeno da globalização padroniza os interesses dos habitantes do planeta e é necessário analisar os fatos na sua interface com a economia, com a ecologia, uma vez que as questões ambientais perpassam tudo, desde o contexto sócio-histórico em que ocorrem os fatos até os processos de produção.

O interesse da sociedade pelas questões ambientais é muito recente no mundo, particularmente no Brasil.

O Meio Ambiente parece se encontrar num momento crítico da história: o da crise dos modelos de desenvolvimento, calcados na exploração sem limites dos recursos naturais e no conseqüente esgotamento. As conseqüências sociais são imediatas, mas as ambientais demoram a aparecer, mas a natureza responde as agressões do homem.

É necessária uma maior conscientização e contribuição da sociedade em geral para defender o meio ambiente e preservá-lo às presentes e futuras gerações.

A saúde pública tem também responsabilidade e papel fundamental em desenvolver projetos e trabalhos para enfrentamento e combate as agressões ao meio ambiente, onde os enfermeiros dentro do Programa Saúde da Família têm papel crucial para avaliar, estudar, defender, desenvolver ações ambientais com enfoque na saúde da população para o bem estar da comunidade e também na saúde do trabalhador.

Segundo Brasil (2004), o PSF é fundamentado por uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e a comunidade, propondo um trabalho de atenção primária a saúde, neste programa o enfermeiro deve possuir uma visão crítica e “uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação”.

A atenção primária ambiental (APA) surgiu atrelada à atenção primária a saúde, sendo uma parte do “[...] sistema de saúde nacional, do qual é a função central e principal... é o desenvolvimento social e econômico da comunidade é necessário refletir sobre a relação entre Serviço Social e meio ambiente para além dos muros do capitalismo e conseqüentemente da lógica da educação como mercadoria, com o objetivo de desenvolver políticas públicas ambientais para enfrentamento da questão socioambiental que fundamenta-

se atualmente como um dos mais graves e urgentes problemas que os homens e mulheres vêm se defrontando. Nessa perspectiva, a educação ambiental se constitui em um debate bastante analisado na atual sociedade (OPAS, 1999).

A prática da educação ambiental deve direcionar para uma compreensão crítica e inovadora em qualquer tempo ou lugar, em seu modo formal e informal. Diante disso, corroboramos com Rodrigues (2001) que afirma que a educação ambiental deve desenvolver e potencializar o poder das diversas populações, estimular oportunidades para mudanças democráticas que estimulem os setores menos favorecidos da sociedade. Nesse sentido, deve ser trabalhada como política social que tem como premissa a formação de cidadãos conscientes e participativos que reivindiquem seus direitos na sociedade.

Neste sentido, é necessário discutirmos a atuação do enfermeiro frente à política social de educação ambiental. Temos que entender que o enfermeiro é também um educador, que tem sua prática profissional permeada pela ação sócio-educativa.

A enfermagem pode atuar diretamente com a questão ambiental, pode agir como um implementador de políticas sociais, neste caso políticas sócio-ambientais na perspectiva da garantia do bem estar da comunidade.

Com o olhar direcionado para a esfera social temos o enfermeiro também de outros profissionais, que de forma mais técnica, possuem relações familiares com as questões ambientais. Entendendo assim, o meio ambiente e o desenvolvimento econômico reciprocamente relacionado, justifica-se a intervenção profissional do enfermeiro junto às novas situações geradas principalmente pelos impactos sócio-ambientais de determinadas atividades produtivas.

Assim, cabe ao enfermeiro estudar e pesquisar e com a competência que possui tornar-se capaz de realizar um diagnóstico sócio-econômico como subsídio para uma posterior intervenção, por meio de práticas multidisciplinares, evidenciando sua importância, bem como executar políticas públicas ambientais, juntamente com outros profissionais.

Mas, mesmo possuindo seu espaço na esfera ambiental, o enfermeiro ainda enfrenta algumas dificuldades conforme alguns estudiosos, pois, no processo de formação profissional raramente são tratados assuntos relacionados ao meio ambiente e outra dificuldade seria o desinteresse de alguns profissionais sobre a questão ambiental.

Foi discutido também no decorrer desta disciplina sobre a Saúde do Trabalhador que com o surgimento das doenças dos trabalhadores está ligado ao modo como o trabalho é distribuído e organizado em nossa sociedade, como sempre as empresas, visando os lucros, dão preferência a profissionais multifuncionais, com isto reduzem o custo sobre salário,

benefício e permanece com o quadro de funcionários o mínimo possível. Com a avançada tecnologia, equipamentos utilizados nas empresas são adquiridos, a princípio, para facilitar a vida dos funcionários, mas não é bem isto que acontece, as lesões por esforços repetitivos, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, a perda auditiva induzida pelo ruído, as intoxicações por chumbos, dermatoses, intoxicações por agrotóxicos, doenças mentais entre outras, são os resultados negativos deste processo nos dias atuais. Com estas atitudes são poucas as empresas que realmente pensam no bem-estar dos funcionários.

Os fatores de risco mais comum nas organizações são:

- Trabalho automatizado, onde o trabalhador não tem controle sobre suas atividades;
- Obrigatoriedade de manter o ritmo de trabalho acelerado para garantir a produção;
- Trabalho onde cada um exerce uma única tarefa de forma repetitiva (modelo desde a época de Taylor);
- Jornada de trabalho prolongada devido a redução do quadro de funcionários, ocasionando a realização de horas extras;
- Ausências de pausas durante a jornada de trabalho;
- Trabalho realizado em ambientes frios, ruidosos e mal ventilado;
- Posto de trabalho e máquinas inadequadas, que obrigam a adoção de posturas incorretas do corpo durante a jornada de trabalho;
- Equipamentos com defeitos e;
- Tempo excessivo na mesma posição em pé.

Para preveni-las é preciso reorganizar os métodos utilizados para efetuar a atividade controlando seu ritmo, variando as tarefas, definindo melhor uma escala de jornada de trabalho para eliminação das horas extras, oferecendo pausas estipuladas durante a jornada de trabalho.

O trabalho de enfermagem em função da natureza do seu trabalho atua em condições que o coloca em situação de vulnerabilidade, que pode ser caracterizado pela heterogeneidade da formação técnica das equipes; a divisão do trabalho; a remuneração; o risco de trabalho; pressão temporal constante; a composição da força de trabalho, formada predominantemente por mulheres e o quantitativo de pessoal, esses fatores podem contribuir para um aumento da carga de trabalho e os riscos de acidentes. Além da exposição advinda do cuidado direto ao usuário e contatos com fluidos e a manipulação com objetos potencialmente e contaminados (MARZIALE, 2004).

É necessário que a sociedade cobre das instituições uma maior preocupação com o bem estar do trabalhador, onde as empresas/instituições possibilitem um melhor ambiente de

trabalho, com enfoque na valorização do ser humano, criando assim oportunidades de desenvolvimento, ambiente de trabalho adequado.

#### **4.6 Disciplina 6 - Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal**

A disciplina de Saúde Bucal despertou uma reflexão sobre as Políticas de Saúde Bucal no País. Forneceu conhecimentos teóricos para conhecer e descobrir a situação bucal, os problemas existentes no Posto de Saúde de uma determinada área e a tomada de decisões, juntamente com a equipe de saúde bucal.

Durante o estudo dessas aulas foi percebida a importância da necessidade de uma avaliação sobre a atenção bucal nos dias de hoje sobre a realidade, e nos perguntamos o que mudou na área da odontologia ao longo dos anos.

Foram estudados os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, de acordo com as mudanças que ocorriam no contexto vivido, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos e político do País. Os modelos assistências são: odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia comunitária, odontologia integral e odontologia em saúde bucal coletiva. E a prática que prevaleceu por muitos anos em nosso país foi marcada pelo modelo de produção capitalista, assumindo um caráter assistencialista e tecnicista, voltado para o paradigma curativo-reparador, individual e centrado na doença bucal.

Somente na década de 90, com o surgimento do Programa Saúde da Família, foi que a atenção à saúde bucal foi reorganizada de acordo com os princípios do SUS. Pois até então era voltada para práticas curativas, se preocupando com a quantidade de atendimentos realizados, não trabalham a educação em saúde. Até nos dias de hoje ainda não prevaleceu totalmente a atenção bucal voltada para a educação em saúde.

Na minha realidade enfrentamos muitos problemas, como foi discutido nos fóruns. Um deles é a falta de integração entre os profissionais da atenção a saúde bucal com os outros profissionais do Programa Saúde da Família, não existe um cronograma de atendimento especializado; organizado em grupos para um melhor atendimento, são realizadas poucas ações em educação em saúde e não participam de atividades realizadas pelos demais profissionais.

E para um melhor atendimento prestado a população é necessário uma organização dos serviços em saúde bucal e para isso é necessário o trabalho em equipe, que conheçam a área de abrangência de uma determinada Unidade de Saúde, conhecendo os



principais problemas e buscando as melhores soluções diante da situação, de acordo com a realidade vivida. É importante conhecer o perfil epidemiológico da população assistida, as condições básicas de vida.

Devem-se organizar os grupos para atenção à saúde bucal: grupo de crianças de 0 a 5 anos de idade (realizando campanhas de vacinação, atividades em espaços sociais); grupos de crianças e adolescentes (atenção adaptada à situação epidemiológica); grupo de gestantes (ações educativo-preventivas, exames de diagnóstico); grupos de adulto (disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção); grupo de idosos (atividade de educação e prevenção, atendimento com reservas de horários). As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde bucal da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. Desenvolvendo ações intersetoriais, ações educativas, ações de promoção à saúde, ações de assistência, levando em consideração ações para dar resultados tanto à demanda espontânea como a programada, dando uma atenção mais especializada aos grupos prioritários.

Na nossa realidade percebemos que as pessoas de maior renda possuem mais instruções e por esse motivo cuidam-se mais, além de possuírem mais recursos para efetuarem o tratamento.

É importante que os cirurgiões-dentistas e médicos se familiarizem com essa grande mudança no modelo de melhora da saúde para que sejam capazes de ver seu papel numa melhor perspectiva e, assim, definir metas apropriadas para cuidados com a população assistida.

#### **4.7 Disciplina 7 - Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência**

As dificuldades enfrentadas por pessoas portadoras de deficiência vêm desde o início das civilizações, alguns avanços conseguidos sobre a atenção especial para a melhoria de vida destes cidadãos, através de entidades governamental, profissional e de conscientização da própria sociedade, mas ainda nos dias de hoje presenciamos muitos desafios que essas pessoas enfrentam.

Os próprios serviços de saúde não estão preparados para receber a pessoa portadora de deficiência, pois falta estrutura física para locomoção dos mesmos, acessibilidade aos setores...

Na minha realidade os serviços de saúde apresentam uma grande dificuldade para receber as pessoas com algum tipo de deficiências, sendo difícil para essas pessoas procurarem as instituições de saúde.

Nos registros que temos sobre pessoas com deficiência mostra que essas pessoas a mais de 2000 mil anos A.C. sofriam exclusão eram isolados da sociedade e eram consideradas criaturas demoníacas.

E esperamos que seja logo concretizado, aprovado, no congresso o estatuto da pessoa com deficiência e que sirva para corrigir falhas que ainda existe nesse sentido e que tenha mais atenção por parte dos governantes ao que desrespeita aos direitos da pessoa com deficiência.

Pois nem os governantes nem a própria sociedade pode continuar ignorando e sem reconhecer essa grande parcela da sociedade que hoje no Brasil soma aproximadamente 25 milhões de pessoas. Como podemos definir essas pessoas?”como aquelas que sofreram perda ou possuam anormalidades de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica” que venha gerar uma incapacidade para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado normal para o homem, podendo sua gênese, estar associada a umas deficiências físicas, visuais, auditivas e menta, que seja permanente ou temporária gerando assim uma incapacidade acentuada de integração social tendo então que recorrer a equipamentos ou tratamentos especiais para promover o seu bem estar pessoal e ao desempenho das funções ou atividades a ser exercida (BRASIL, 2000).

Sabemos que os avanços conseguidos são muito lentos demora muito para se conseguir mudanças e o profissional que atua na área social deve estar bem preparado para se deparar com as mais variadas situações deve ser conhecedor dos direitos já conseguidos e que estão vigorados por lei para poder fiscalizá-los e conduzir as situações para que estes sejam colocados em prática realmente e estar sempre observando os pontos que podem ser melhorados para que seu trabalho seja mais positivo a cada dia, procurar passar a sociedade o máximo de informações sobre o assunto e essa por sua vez tem um papel muito importante para que haja inclusão e respeito aos direitos dos outros, pois não adianta apenas criar leis se a própria sociedade no seu âmbito não tiver consciência respeito por esses direitos.

Pois só pode haver uma efetiva inclusão e participação de todos os indivíduos na sociedade com igualdade de direito quando se for retirado às diferenças, pois sabemos que cada um de nós somos único, portanto somos todos deferentes e então não podemos excluir temos que aprender a conviver e respeitar os direitos de cada um, para poder garantir os seus

próprios, assim podemos ter uma sociedade mais justa e que garanta os direitos de cidadania de cada um.

#### **4.8 Disciplinas 8 - Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde.**

Diante do exposto na disciplina de Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos problemas de saúde, desencadeou uma reflexão e discussão a cerca da importância do tema proposto, para as práticas das ações básicas de saúde. Iremos estudar sobre a interdisciplinaridade, onde devemos pensar que é uma ciência interdisciplinar com o objetivo de buscar os problemas existentes que perturbam e ameaçam a população expostas a esses riscos, detectando os mesmos e buscando soluções para a resolução dos mesmos com o intuito de diminuir o sofrimento das pessoas da determinada comunidade pertencente a uma Unidade Básica de Saúde.

O homem dividiu os saberes em vários compartimentos, comumente chamados de disciplinas. A disciplinaridade foi caracterizada por decompor o todo em partes, reduzindo o conhecimento segundo a lógica do processo de construção específica da Ciência e também caracterizada pela especialização exagerada. Hoje sentimos uma grande necessidade de interligar o conhecimento de várias disciplinas em uma só, pois o conhecimento é vasto, amplo, não conseguimos isolar um saber do outro, o saber não mais isolado. Precisamos integrar o conhecimento, envolvendo todas as disciplinas. Nas faculdades, estudamos as técnicas e conceitos sobre uma determinada disciplina, mas que muitas vezes não vivenciamos esse conhecimento com a realidade no aspecto social e coletivo, sem contextualizar com as práticas de saúde do dia a dia.

Muitos são os conceitos de interdisciplinaridade. E acredito que o conceito de interdisciplinaridade esteja em construção, assim como também o processo de saúde-doença nas práticas das ações de saúde. A interdisciplinaridade se relaciona com a atitude do profissional de saúde, com os traços de personalidade como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprenderem a agir na diversidade, aceitar novos papéis. Através da interdisciplinaridade que desenvolvemos um trabalho em equipe entre os profissionais de saúde e destes com a comunidade, onde construímos saberes e conhecimentos a partir do diagnóstico da realidade. O conhecimento se constrói através das trocas de saberes, das

reuniões, dos debates, das discussões para a resolutividade e melhoria das condições sanitárias da população.

A educação em saúde é a proposta para mudar a concepção tradicional do antigo modelo que preconiza à assistência médico-curativa com enfoque no médico e na doença, tratamento apenas medicamentoso, não se preocupando com os aspectos sociais vivenciados pela comunidade. Através da troca de conhecimentos e saberes que gera novos conhecimentos capazes de tentar transformar hábitos, de mudanças para uma melhor assistência de saúde. A educação em saúde é uma prática primordial e essencial para a troca de saberes.

Na área da saúde coletiva existem algumas dificuldades para que ocorra a interdisciplinaridade entre elas: a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que disciplinarização significa a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes, sem nenhuma comunicação entre si, as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas. Mas trabalhamos em busca de vencer as barreiras e dificuldades encontradas com o intuito de contribuir para uma melhor assistência de saúde para a comunidade.

A formação acadêmica do discente reflete na sua atuação profissional em relação à interdisciplinaridade e multiprofissionais na atenção básica à saúde, pois dentro das universidades, em sua maioria, não contextualizam a vivência prática com o conteúdo das disciplinas estudada, onde aprendemos e fomos acostumados a visualizar o conhecimento fragmentado. E isso interfere nas práticas de saúde, nos deparamos com situações que não conseguimos resolver.

Hoje predominam as ações intersetoriais onde o profissional de saúde trabalha com foco nas dimensões sociais, culturais de uma população.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em março de 2006, elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adstrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

O eixo orientador para a elaboração da proposta é a integralidade do cuidado, a partir da qual foram definidas sete diretrizes que orientam as ações, de caráter operacional, a serem planejadas e pactuadas localmente (BRASIL, 2004).

Há uma preocupação com a necessidade de definir padrões éticos nas ações e nos serviços de saúde, onde os profissionais devem ter zelo e compromisso em relação às questões éticas dos usuários.

#### **4.9 Disciplina 9 - Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**

Nesta disciplina tivemos a oportunidade de estudar, refletir e conhecer sobre as práticas pedagógicas em Atenção Básica na Saúde e sua importância para trabalharmos com a comunidade em geral.

Esta discussão tem foco para o estudo da educação em saúde, analisando os conceitos e as formas de abordagem para desenvolver o trabalho de educação em saúde na prática cotidiana da Unidade de Saúde da Família.

Atualmente os objetivos da educação em saúde vêm sendo diretamente ligados aos interesses da comunidade com foco para bem-estar físico, mental e social. Isto confere ao tema educação para a saúde, onde a população participa ativamente das ações desenvolvidas pela equipe de saúde ajudando nas tomadas de decisões, nas atitudes, tendo uma participação ativa.

A educação em saúde atua nos espaços de produção de ações voltadas para melhores condições de vida da população.

O espaço da Estratégia Saúde da Família deve ser entendido também como um espaço de relações dentro de um contexto sócio-econômico-cultural, o que a confirma como espaço político. Portanto, é importante considerar a Unidade de Saúde, como um espaço privilegiado para a promoção de saúde num enfoque ampliado, na perspectiva de construção de cidadania e de envolvimento dos diversos atores que compõem este universo, fazendo com que as pessoas da comunidade façam parte do processo de saúde. Um ponto essencial para o desenvolvimento das práticas de educação em saúde é a interação entre os membros e destes com a comunidade, gerando traça de saberes, de conhecimentos. Mostrando a importância das mudanças dos hábitos para suas vidas e não impondo os conhecimentos como dita o ensino tradicional.

É importante analisar e avaliar se a comunidade compreende esses novos saberes, por isso acreditamos que depende da forma de como o profissional aborda para que através dessa troca de informações ocorram mudanças gerando assim, melhores condições de vida, onde a ligação entre essa, o cotidiana do profissional de saúde e a comunidade traz uma organização definindo o sentido e o papel da Estratégia de Saúde da Família. Através do respeito às questões culturais, sócio-antropológicas, aos saberes e experiências da comunidade, colocando em questão o senso comum, criando condições para a produção e o acesso a novos saberes e ao conhecimento socialmente produzido.

Mas muitas são as dificuldades encontradas para realizar as ações de saúde no nosso dia a dia no que se refere à educação em saúde, pois em muitos casos a própria população se recusa a participar das palestras, debates, sendo difícil incorporar essas pessoas no processo, ou muitos participam, mas não tem o compromisso e a responsabilidade de atuar como ator do seu próprio cenário de atuação de vida, em busca de melhores condições de vida, onde os interesses de melhorias são para a comunidade.

Alguns elementos são fundamentais para desenvolver um trabalho de qualidade para aquela determinada população de um território, entre eles: espaços para diálogos, trabalhos em grupos, visita domiciliar, levando em consideração os princípios do SUS.

#### **4.10 Disciplina 10 - Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde**

A ESF tem como característica do processo de trabalho a promoção, estímulo e participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das áreas (Brasil, 2000). Assim, a saúde da família tem entre seus objetivos o incentivo, a organização popular visando à maior participação dos cidadãos nos mecanismos de participação direta e/ou representativa dos diversos setores públicos que concorrem para as condições de vida das localidades atendidas. Destacam-se, principalmente, as instâncias participativas previstas no setor saúde nos conselhos e conferências, além de outros meios de mobilização e organização, como as associações de moradores, os sindicatos etc.

O foco de estudo e de discussão da disciplina Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, desperta nos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Estratégia Saúde da Família uma revisão, um monitoramento dos resultados das ações desenvolvidas.

No processo de saúde-doença da população, os profissionais, principalmente os médicos, enfermeiros e cirurgião dentistas são os atores dentro do cenário da Estratégia Saúde da Família e tem o poder de fazer diferente, de tentar mudar a realidade sanitária da população, de acordo com o novo modelo de saúde, enfocando a promoção da saúde e educação em saúde.

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é, sem dúvida alguma, o planejamento.

Esta disciplina teve como principal objetivo o envolvimento do processo do planejamento em saúde, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das ações de saúde, e de sua importância como instrumento para a reorganização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Para elaborar, programar, desenvolver as ações em saúde é necessário um planejamento, pois planejar é um exercício que faz parte de nossas vidas, tudo que vamos realizar, precisa-se de um planejamento, e na saúde não é diferente.

No contexto da Unidade Básica de Saúde para realizar o processo de trabalho em saúde devemos fazer o planejamento das ações de saúde, é necessário primeiramente o conhecimento da área, da população, da comunidade, levando em consideração os aspectos sanitários, demográficos, sociais. Realizar um levantamento de dados sobre esta Unidade de Saúde, através desses resultados obtidos faz um desenho do planejamento estratégico situacional, identificando os principais problemas ocorridos naquele meio, desenvolver todos os passos e etapas do plano de ação para ser executado. Desenvolvendo as ações com foco nos problemas reais da população, de acordo com a realidade situacional, onde o profissional deve usar estratégias para que os indivíduos façam parte desse processo como agente ativo, participando e colaborando para as melhorias e mudanças.

O Planejamento no Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Básica, é uma ferramenta importante para orientar os gestores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, uma vez que contribui para um melhor aproveitamento das oportunidades e superação de desafios que se apresentam na gestão onde todas as ações a serem desenvolvidas estão pautadas nas diretrizes do Pacto pela Saúde, visando atender os seguintes eixos prioritários: controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS, 2011).

Em relação ao desenvolvimento do plano de ação elaborado em equipe durante o estudo desta disciplina, foi uma experiência extraordinária e de grande importância para minha vivência profissional, onde discutimos os nossos principais problemas, sendo notórios que mesmo em municípios diferentes os problemas existentes em nossas comunidades são os mesmos e também as dificuldades para enfrentamento dos mesmos e para execução do plano.

A Atenção Primária à Saúde visa estruturar e programar os processos de monitoramento e avaliação de modo a permitir o efetivo acompanhamento da estrutura, dos processos e dos resultados diretos e finais das ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde com foco no planejamento, sendo como um Processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, de acordo com a realidade, cuja finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.



## 5 CONCLUSÕES

Percebemos que as equipes ao interagirem interdisciplinarmente e participativamente com as comunidades facilitaram o acesso às atenções básicas, desenvolveram um vínculo de confiança e responsabilidade, conscientizaram da importância da prevenção primária e monitorizaram o perfil epidemiológico das comunidades abrangidas, otimizando a relação custo-benefício e demanda-oferta (MOROSINI, 2007).

Afinal, educação em saúde pode ser pedagogicamente problematizada no próprio território-processo do cidadão com resultados favoráveis e em curto espaço de tempo.

O desenvolvimento do curso foi baseado com o objetivo de preparar os profissionais para desenvolverem habilidades na resolução de problemas sociais, através de diagnósticos da realidade; capacitar equipes multiprofissionais para a prática de saúde da família de acordo com a concepção da vigilância da saúde, criando estratégias de intervenção com enfoque na promoção da saúde, prevenção das doenças; aprimorar a capacidade dos profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a partir da reflexão sobre a sua prática, na perspectiva da abordagem integral das situações de saúde; desenvolver habilidades de planejamento e gerência local em saúde, no contexto da Estratégia de Saúde da Família de acordo com os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da assistência; e capacitar equipes multiprofissionais para o processo educativo em saúde enquanto prática social, histórica e política, considerando o perfil sócio-epidemiológico da comunidade.

Os conhecimentos adquiridos durante o curso são fundamentais e essenciais para o desenvolvimento da prática das ações em saúde, na resolutividade dos problemas de saúde em relação aos aspectos sociais, no enfrentamento desses problemas e nas tecnologias abordadas para a comunicação com o indivíduo e família.

O curso de especialização em Saúde da Família à distância possibilitou ao profissional de saúde a capacitação e aprimoramento para o exercício da profissão na assistência a Atenção Básica em Saúde, com foco no desenvolvimento das atividades assistenciais e preventivas, utilizando-se do perfil epidemiológico para reconhecimento da realidade.

Foi de grande relevância o estudo desta especialização para minha prática profissional, visto que foi discutido e debatido sobre as nossas ações de saúde, onde aprendemos como resolver os problemas surgidos no nosso dia a dia de acordo com a realidade local.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, M. C. P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: **Construindo “novas autonomias” no trabalho**. Interface, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53. Disponível em: [www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf](http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de políticas da saúde. Departamento de atenção básica. **Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000. v.1, 2, 3, 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação permanente. **Cadernos de atenção básica**. Brasília. MS, 2004.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do Humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CATALDO N. A. **História da Psiquiatria**. Porto Alegre: Edipucrs. 2003

CHIZOTTI, A . **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo : Cortez, 1995.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Disponível em: <[http://www.abrasco.org.artigo\\_int.php?id\\_artigo=1992](http://www.abrasco.org.artigo_int.php?id_artigo=1992)>. Acesso em: 30 out. 2010.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em [www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfiwindowat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfiwindowat). Acessado em: 10 de abril de 2010.

OGATA, M.N.; MACHADO M.L.T.; CATOIA E.A. Saúde da Família como Estratégia para mudança do Modelo de Atenção: Representações sociais dos Usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n.4, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de saúde e ambiente. Programa de qualidade ambiental. **Atenção primária ambiental (APA)**. 1. ed. Brasília: 1999.

RODRIGUES, Tereza Cristina Oliveira. **A política de educação ambiental no Município de Belém**: um olhar do serviço social (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém do Pará, 2001.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev., Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan./fev., 2004.

MATUMOTO, S. Supervisão de equipes no Programa Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 9 (16): 9-24, set. 2004-fev.2005.

MOROSINI M.V. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU> Acesso em: 27 fev. 2010.

ROUQUAYROL, M.Z., FILHO, N.A., **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

SILVA, R. J. O. Vacinação Anti-Hepatite B em Profissionais de Saúde: **Um Inquérito Epidemiológico em Profissionais de Saúde do Hospital PRO MATRE**, Rio de Janeiro. *DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.* Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 51-55, 2002

WAIMAN, M.A.P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**: Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto, Fapesp, 1999.