

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E EAD EM SAÚDE - NUTEDS

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONSIDERAÇÕES E PERSPECTIVAS A PARTIR DA
VIVÊNCIA EM TRÊS MUNICÍPIOS CEARENSES

FORTALEZA-CEARÁ

2011

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSIDERAÇÕES E
PERSPECTIVAS A PARTIR DA VIVÊNCIA EM TRÊS MUNICÍPIOS
CEARENSES**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Especialista.

Orientadora: Professora Tutora: Márcia Coelho

FORTALEZA-CEARÁ

2011

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

-
- S587e Silveira, Demetrius de Castro Martins
A Estratégia Saúde da Família: considerações e perspectivas a partir da vivência em três municípios cearenses/ Demetrius de Castro Martins Silveira. – 2011.
47 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Profª. Márcia Coelho
1. Atenção Básica 2. Saúde da Família 3. Modelo Assistencial.. I. Título.
-
- CDD 362.1

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

**A Estratégia Saúde da Família: considerações e perspectivas a partir da
vivência em três municípios cearenses**

Trabalho de conclusão de curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semi-presencial, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MS. Márcia Oliveira Coelho (Orientadora)

Prof^ª. Valquíria Vieira Camurça

Prof^ª. Patrícia Maria Costa de Oliveira

*A todos os homens de bem que trabalham para o
fortalecimento do SUS.*

“Quando um homem quebrou o vínculo dos desejos do seu coração e está internamente satisfeito consigo, atingiu a Consciência Espiritual e firmou-se no conhecimento.” (Krishna)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família tem sido a ferramenta mais importante na implementação de um modelo assistencial que englobe os princípios e respeite às diretrizes do SUS. Esse estudo se trata de um relato de experiência, em três municípios cearenses, da atuação do profissional que se encontra inserido na Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado no período de abril de 2010 a julho de 2011, através das informações colhidas em um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e na Unidade Básica de Saúde. As principais áreas temáticas relacionadas às ações desenvolvidas na ESF são abordadas sob uma perspectiva crítica, considerando sempre os avanços e os desafios do modelo assistencial vigente. O estudo conclui que embora grandes avanços tenham sido alcançados na consolidação da ESF, muitos desafios ainda exigem esforços da comunidade, dos gestores e dos trabalhadores do SUS para que haja uma articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema.

Palavras-chave: Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Modelo Assistencial.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has been the most important tool in implementing a care model that embraces the principles and follow the guidelines of the SUS. This study is an experience report, in three municipalities in Ceará, the performance of the professional that is inserted into the Family Health Strategy (FHS).The study was conducted from April 2010 to July 2011, using the information collected in a virtual learning environment (AVA) and in Centers for Primary Health Care. The main thematic areas related to the actions developed in the FHS are covered under a critical perspective, always considering the advances and challenges of current health care model. The study concludes that while great strides have been made in consolidating the FHS, many challenges still require efforts of the community, managers and workers in the SUS to allow an effective coordination of primary care with other levels of organization.

Keywords: Primary care. Family Health Strategy (FHS). Care Model.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	11
3	METODOLOGIA	12
4	PORTIFÓLIOS	13
4.1	Processo de Trabalho em Saúde	13
4.2	Saúde Mental e Violência	18
4.3	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	25
4.4	Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	29
4.5	Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde	37
4.6	Saúde da Mulher	38
4.7	Participação Social e Promoção da Saúde	40
4.8	Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará no início de 2007, ingressei no mercado de trabalho como cirurgião-dentista de saúde da família no distrito de Carrapateiras, município de Tauá/CE. Em meio ao choque provocado pelo confronto das idéias e teorias aprendidas durante o curso de graduação e a realidade prática, fiz parte dessa Equipe de Saúde da Família por um ano e 6 meses. Posteriormente, assumi novamente o cargo de Cirurgião-dentista de saúde da família na Equipe da Cohab, no município de Pacajus, permanecendo nessa condição durante 6 meses. Finalmente, ingressei como dentista na Unidade de Saúde Joaquim Braga da Silva, no município de Caucaia, onde há um ano exerço as atividades odontológicas da Atenção Básica, como membro de Equipe de Saúde da Família.

Esses três municípios cearenses buscam desenvolver a Atenção Básica orientados pela Estratégia de Saúde da Família. Entretanto cada município apresenta suas particularidades na construção e desenvolvimento desse modelo assistencial, sobretudo devido às diferenças socioeconômicas, culturais e políticas de cada território.

A vivência como profissional de saúde da Estratégia Saúde da Família nesses três municípios, permitiu experimentar os contrastes e as dificuldades específicas de cada território, além das semelhanças que aproximam a realidade de cada região. Tais contrastes e semelhanças exemplificam o desafio da consolidação da Estratégia Saúde da Família como ferramenta de reorientação da atenção básica no Brasil.

O Curso de Especialização em Saúde da Família colaborou para o enfrentamento das dificuldades encontradas no dia a dia do profissional inserido na ESF, ao enriquecer a formação profissional e ao estimular a correlação entre o conhecimento teórico, obtido na literatura científica, e o conhecimento prático, obtido a partir da vivência do profissional de saúde da família. A sistemática de conduta do curso, ao permitir a interação entre os cursistas via internet, com o estabelecimento de fóruns de discussão, chats, entre outros meios, favoreceu a ampla troca de experiências entre os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, estabelecendo um aprendizado integral, respeitando a autonomia de cada cursista.

As reflexões expostas em cada Portfólio elaborado contribuíram inequivocamente para o engrandecimento acadêmico e pessoal, ensejando o planejamento e a execução de condutas práticas que colaborem para a consolidação da ESF como ferramenta primordial da Atenção Básica à Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever através da análise da literatura e do relato de experiências resultantes da vivência como profissional de Saúde a situação atual da inserção da Estratégia Saúde da Família no contexto da Atenção Básica.

2.2 Objetivo Específico

- Expor as principais dificuldades da inserção e consolidação da Estratégia Saúde da Família, no contexto da atenção básica à saúde;
- Apontar estratégias para superar os principais obstáculos e contribuir para o desenvolvimento do SUS.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da atuação do profissional que encontra-se inserido na Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado no período de abril de 2010 a julho de 2011, através das informações colhidas no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e na Unidade Básica de Saúde.

O AVA tratava-se de um software no qual diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma página da internet, pelo qual acessávamos através do ambiente moodle as disciplinas ofertadas pelo Curso de Especialização. Além disso, participávamos de encontros presenciais, que no início eram mensais, e depois de um longo período, passou a ser bimensal.

As Unidades Básicas de Saúde da Família de Carrapateiras, localizada no Município de Tauá/CE, da Cohab no Município de Pacajus/CE e a Unidade Básica Joaquim Braga da Silva, no município de Caucaia/CE foram outros locais onde coletávamos as informações.

Para a confecção do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foram elaborados oito Portfólios (documento com o registo individual de habilitações ou de experiências) das seguintes disciplinas cursadas: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; Planejamento e avaliação das Ações em Saúde; Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – práticas pedagógicas em Atenção Básica em Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde e Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.

Os portfólios foram produzidos através de fontes primárias retiradas de registros da própria unidade de saúde e fontes secundárias que foram informações obtidas na secretaria Municipal de Saúde. Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão.

Por fim, o TCC não foi submetido a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) por se tratar de um relato de experiência.

4 PORTFÓLIOS

4.1 O Processo de Trabalho em Saúde

Os conceitos mais modernos de saúde a definem como um meio, um recurso para a vida das pessoas. Trata-se de uma definição positiva do conceito de saúde, e que é difundida no campo da promoção da saúde, pois determina o espaço da saúde nos objetivos de vida das pessoas. Atualmente a saúde é vista dentro de um processo dinâmico e os determinantes sociais da saúde são considerados sob uma visão holística, não centrada apenas no indivíduo (TEIXEIRA, 2002).

Para o entendimento dos determinantes sociais e da visão holística do processo saúde-doença, analisemos o caso do município cearense de Tauá.

O município de Tauá está localizado na mesorregião dos sertões cearenses, distante 337 km de Fortaleza. Segundo o IBGE (2009), Tauá possui uma população aproximada de 57 mil habitantes e é o terceiro município do Ceará em extensão territorial (4.018 km²). A região dos inhamuns onde se encontra a cidade é marcada pelo clima tropical quente semi-árido, caracterizado por um curto período chuvoso (fevereiro a abril) e baixos índices pluviométricos. A temperatura média anual está em torno de 26 a 28 graus, sendo registradas altas temperaturas durante o dia e temperaturas menores pela noite. A vegetação predominante da região é a caatinga.

Nos últimos anos, os aspectos epidemiológicos da saúde em Tauá apontam para uma questão relevante: os altos índices de dengue no primeiro semestre do ano. Esses altos índices estão relacionados a fatores culturais e fatores climáticos, haja vista o período chuvoso da região ocorrer entre os meses de fevereiro a abril. Além disso, a extensão territorial do município tem dificultado as ações preventivas e educativas da Secretaria de Saúde Municipal. Em muitos distritos de Tauá o acesso a algumas comunidades fica dificultado, sobretudo durante o período de chuvas, quando as estradas ficam alagadas e os rios e riachos da região transbordam.

Outro problema de saúde pública relevante nesse município é o alto índice de verminoses e de diarreia, principalmente em crianças. Esse fato pode ser explicado pela

inexistência de saneamento básico em grande parte das comunidades do município. A dificuldade de proporcionar ações de saneamento justifica-se, dentre outros fatores, pela extensão do território e por existência de comunidades em regiões de difícil acesso.

Durante o segundo semestre, uma questão preocupante são os casos de desidratação, principalmente em idosos, devido às altas temperaturas durante o dia e a baixa umidade relativa do ar, características do período de estiagem que se estende por cerca de oito meses do ano. Tal característica climática também ocasiona altos índices de infecções respiratórias. As ações de vigilância epidemiológica têm sido planejadas considerando os aspectos climáticos e geográficos do território de abrangência.

Entretanto para melhor compreensão do conceito de saúde é preciso compreender o processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde consiste no conjunto de mecanismos voltados para a organização das ações nos serviços de saúde. Como um processo dinâmico e em constante evolução, a estruturação dos serviços de saúde depende diretamente da interação entre agentes e sujeitos, o que inclui os recursos humanos, estruturais, materiais e logísticos. Além disso, as especificidades locais devem sempre ser observadas na organização das ações em saúde, uma vez que as mesmas influem de forma direta nos resultados e na eficiência da prestação dos serviços (AYRES, 2002).

Para melhor compreender como se desenvolve o processo de trabalho na atenção primária à saúde, vejamos o exemplo da Unidade Básica de Saúde da Família da Cohab no município de Pacajus.

O Município

Pacajus é um município do Estado do Ceará, integrante da região metropolitana de Fortaleza e possui cerca de 60.000 habitantes (IBGE-Junho/2009). Nas últimas décadas houve uma alteração significativa no foco da economia da cidade, que deixou de ter o cultivo do caju e outras frutas tropicais como atividade econômica principal, para ser um pólo industrial da região metropolitana. Apesar do desenvolvimento industrial da região, a cidade ainda sofre problemas estruturais, problemas na oferta dos serviços públicos e problemas relacionados ao tráfico de drogas.

O poder político na região tem sido exercido desde algumas décadas por grandes empresários locais. Vítima de freqüentes escândalos políticos envolvendo corrupção e improbidade administrativa, Pacajus sofre com a morosidade da administração pública,

decorrente da falta de observação do princípio da moralidade na política. Atualmente a população está descrente da capacidade de seus governantes conseguirem resolver os problemas da cidade. Políticos da oposição tentam derrubar o Prefeito do governo municipal.

A Unidade

A Unidade de Saúde da Família da Cohab é uma das 14 Unidades de Saúde da Família de Pacajus e está localizada na zona urbana da cidade, próxima ao centro, e tem sede em uma edificação reformada em 2002 exclusivamente para sediar o posto. A estrutura física da Unidade é satisfatória, embora não exista sala de reuniões. A população coberta é de cerca de 4.000 pessoas. A Unidade é bem equipada, mas alguns equipamentos não estão sendo aproveitados devido a problemas nas instalações elétricas e defeitos em tomadas. Por isso existe uma autoclave em desuso e um aparelho de ultrassom na sala da odontologia que não está sendo utilizado pela falta de um adaptador e uma extensão elétrica. Embora esse problema já tenha sido informado há bastante tempo à coordenação da Estratégia de Saúde da Família, nenhuma providência foi tomada para resolvê-lo.

A Equipe da Cohab

É formada pelos seguintes profissionais:

- Sherla Maria, 27 anos, casada, enfermeira, trabalha na Unidade há um ano e três meses. Essa é a sua primeira experiência em Saúde da Família, pois anteriormente trabalhava em Unidades de Terapia Intensiva em hospitais.

- Demétrius Martins, 25 anos, solteiro, cirurgião-dentista, está na equipe há pouco mais de um mês. Já teve experiência em outro município, onde integrou uma equipe de saúde da Família por 1 ano e meio. Também já trabalhou em um Centro de especialidades odontológicas por um ano e meio. Antes de ser lotado nessa equipe, integrava outra Unidade no mesmo município. A transferência ocorreu após uma manifestação sindical, na qual alguns profissionais da saúde reivindicaram melhores condições de trabalho e direitos profissionais.

- Sílvia, 42 anos, viúva, auxiliar de saúde bucal, trabalha na Unidade desde a inauguração da Unidade. Sílvia também possui curso de Técnica em Enfermagem.

- Maria, 48 anos, casada, técnica em enfermagem, integra a equipe desde sua instalação. É uma pessoa muito dinâmica, conhece bem a comunidade e foi candidata à vereadora nas últimas eleições.

- Késia, 33 anos, solteira, técnica em enfermagem, integra a equipe há 4 anos. Planeja cursar faculdade de enfermagem.

-Gorete, 49 anos, solteira, auxiliar de serviços gerais, está na Unidade há três meses.

-Karla, 27 anos, solteira, recepcionista da Unidade há três meses.

- Agentes de Saúde: Carmem, Sílvia, Valdênia, Helena, Maria e Vanessa.

A equipe não conta com a presença de médico há 4 meses. O último médico deixou o município para trabalhar em um município vizinho, o qual oferece melhor remuneração e dispensa de expediente às sextas-feiras.

A Unidade

A Unidade de saúde funciona de 7 e 30 às 16 e 30 de segunda à sexta. De 11 e 30 até 13:00 horas o posto está fechado para almoço dos profissionais. Devido à localização próxima ao centro da cidade e ao hospital municipal, o posto está sempre bem movimentado. Há freqüentes reclamações pela Unidade não funcionar entre 11 e 30 e 13 horas.

O Dia a Dia

As atividades na Unidade da Cohab consistem nas consultas de enfermagem, que incluem demanda espontânea e atendimento aos grupos prioritários (mulher, gestante, hipertensos e diabéticos, crianças), segundo cronograma da enfermeira. Além disso, a enfermeira e uma das auxiliares de enfermagem se deslocam para realizar visitas domiciliares às sextas-feiras.

Além disso, a enfermeira é responsável pela realização de uma triagem dos clientes que necessitam de atendimento médico, os quais recebem uma ficha de encaminhamento para atendimento no hospital municipal. A ausência do profissional médico nos postos tem prejudicado muito a rotina de trabalho na unidade de saúde e tem sido motivo de reclamações constantes da população. Entretanto esse problema não se limita à equipe da Cohab, mas sim a 12 das 14 Unidades de saúde da família de Pacajus.

As atividades de atenção à saúde bucal consistem em atendimentos à demanda espontânea, sendo remarcados retornos semanais aos pacientes que apresentam maior risco e comprometimento da saúde bucal. Além disso, há a realização de ações coletivas, mensalmente, junto às escolas da área de abrangência. Entretanto, não foi estabelecido um fluxograma de organização do processo de trabalho, o que se faz necessário em todas as Unidades de saúde de Pacajus.

A tabela abaixo explica os componentes do processo de trabalho em saúde em uma unidade de atenção básica à saúde:

Componentes do Processo de Trabalho em Saúde

Intervenções Profissionais	Objetivo	Finalidade	Meios-Materiais	Condições ou RH	Sujeito	Objeto
Consulta profissional médico	Prescrever o problema	Intervir na saúde, cura, prevenção	Consultório	Competência Profissional	Cliente	Fator limitante da saúde
Consulta profissional enfermeiro	Prescrever o problema	Prevenção de males, controle e cura	Consultório	Competência Profissional	Cliente	Fator limitante de saúde
Consulta profissional odontólogo	Prescrever o problema	Promoção e prevenção de saúde bucal	Consultório e equipamentos odontológicos	Competência Profissional	Cliente	Fator limitante de saúde
Vacinação	Prevenir doenças	Imunizar população alvo	Vacina	Auxiliares de enfermagem	Crianças, adultos e idosos	O processo de trabalho
Ações coletivas	Ensinar prevenção de doenças e incentivar promoção da saúde	Promoção de qualidade de vida	Materiais educativos, panfletos, jogos	Equipe de saúde	Comunidade	Educação em saúde
Visitas domiciliares	Ensinar para o autocuidado e intervir para cura	Intervir nos problemas e orientar para a saúde	Materiais educativos e equipamentos	Equipe de saúde	Família	Tema em questão e fatores limitantes de saúde

4.2 SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

A saúde mental tem sido objeto de discussão pelos diversos setores da estruturação do SUS nos últimos anos. Para melhor compreensão desse tema, analisaremos o caso clínico fictício descrito a seguir:

CASO CLÍNICO: UMA ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO MENTAL (PERDA DE ALGUÉM IMPORTANTE)

M.M.S, 17 anos, solteira, estudante, natural e residente no município de Tauá, apresentou-se a uma Unidade de Saúde da Família desse município, após ser aconselhada por uma amiga a procurar ajuda para o seu sofrimento psíquico. A paciente relata sensação de desânimo contínua, perda de apetite e emagrecimento, insônia, sentimento de culpa e auto-acusação e crises de choro freqüentes. M.M.S conta que há dois meses sofreu um acidente de automóvel em que um amigo muito próximo veio a falecer em decorrência do mesmo. A paciente afirma se sentir culpada, pois quando já estavam saindo da cidade a mesma lembrou que tinha esquecido um objeto em sua casa e pediu ao motorista do automóvel que retornasse à cidade, quando nesse percurso o automóvel colidiu com um animal que estava na via, provocando o acidente que levou ao falecimento do seu melhor amigo. M.M.S relata que sua relação com seu amigo era bastante íntima, se encontravam diariamente, faziam diversas atividades juntos e que o conhecia desde a infância. Além disso, a adolescente conta que, desde o acidente, deixou de freqüentar a escola e as reuniões do grupo de jovens na igreja. Questionada sobre o relacionamento com sua família, frente a essa situação de perda, a adolescente afirmou evitar falar sobre o assunto com sua mãe e que não mantém contato com o pai, que abandonou o lar quando M.M.S ainda era criança.

REVISÃO DE LITERATURA

A adolescência é construída a partir de diversos aspectos que incluem tanto a parte biopsicológica como a questão social e cronológica. No aspecto biopsicológico, surgem questionamentos acerca da vida em si, do comportamento pessoal em relação aos grupos sociais, como família, amigos e escola, e do planejamento do futuro. A partir disso, é evidente que essa fase da vida é crucial para o desenvolvimento do indivíduo, pois ele terá, nesse período, a fixação de sua imagem corporal de forma definitiva, bem como da estruturação final da sua personalidade (OLIVEIRA, CARVALHO, SILVA, 2008). Conforme a OMS, o período da adolescência é estabelecido cronologicamente entre os 10 e 19 anos.

O processo dinâmico de adaptação psicológica às mudanças físicas vividas na adolescência é muito complexo. Esse grupo torna-se mais vulnerável que os demais porque seus indivíduos são ainda imaturos para enfrentar sozinhos as exigências do ambiente. A vulnerabilidade é marcante no processo de crescimento, desenvolvimento pessoal e inserção social desse grupo, o que obriga os profissionais de saúde a elaborar um cuidado mais específico para esse público. O conhecimento sobre a fragilidade nas relações do adolescente com a família, o grupo social e os sistemas de atenção é essencial para o planejamento desse cuidado (COSTA; BIGRAS, 2007). Devido a essa vulnerabilidade, o adolescente se torna alvo de influências provenientes da mídia, do grupo de iguais e da família. Muitas dessas influências são negativas e podem levar o adolescente a adotar um comportamento de risco, que se caracteriza por condutas que possam comprometer a sua integridade física e mental (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Nesse contexto, o que se chama de resiliência dos adolescentes pode ser definido como a capacidade de superar os fatores de risco aos quais eles são expostos. Essa resiliência é também entendida como uma fusão de fatores do indivíduo e da sociedade, ou seja, resulta da combinação de atributos do jovem, bem como de sua família, cultura e meio social. Tal combinação permite ao adolescente obter, com o passar dos anos, uma vida mais saudável. Este é um ponto que deve ser abordado com muito cuidado, pois apesar dos adolescentes terem a capacidade da resiliência, poderá haver riscos maiores a sua saúde se houver comprometimento de seu desenvolvimento normal. É nessa perspectiva que os profissionais de saúde devem trabalhar os aspectos biopsicosociais que integram as necessidades de saúde desse grupo populacional (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

O luto é uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças

ocorridas em consequência das perdas. Para Oliveira e Lopes (2008), o luto é um preço que se paga pelo amor e pelo apego a alguém.

O significado da palavra perda é de grande valor para o entendimento real das etapas iniciais do processo de luto. “Perda é uma palavra oriunda do latim e tem como significado ‘ser privado de’, ‘cessar de’” (LOUREIRO, 1998, p.21). Essa associação ocorre devido ao investimento de amor, amizade, segurança, esperança nas relações de afeto. Então, com a separação, surge a dor psíquica de tristeza, de solidão, de medo e insegurança e de finitude. A ausência da pessoa com quem se constrói tal relação afetiva impede que aja uma troca prazerosa de afeto. Para essa dor, não existe solução com alívio imediato e, geralmente, ela desenvolve uma dor física e ainda cria uma situação difícil de ser entendida por quem a vive e que não a elaborou. Para Loureiro (1998, p. 21), a dor da perda não é bem compreendida pela nossa sociedade ocidental, forçando a pessoa que sofreu a perda a reprimir seus sentimentos e não causar transtorno aos demais, desencorajando e desaprovando comportamentos de vazão.

Loureiro (1998, p. 21-22) diz que quem vivencia um profundo sofrimento demonstra o que se chama de “pesar”. Esse pesar traz consigo diversas manifestações de origem física e emocional: insônia, ansiedade, medo, raiva intensa, impulsos suicidas, perda de interesse pelas atividades diárias, preocupação consigo mesmo e sentimentos de tristeza e culpa. Isso faz parte do processo de aceitação da dor. Se for reprimido, ele aparecerá de forma camuflada e poderá causar problemas crônicos, sem motivos aparentes.

No texto “Luto e Melancolia”, Freud (1917) define de maneira geral o luto como uma reação à perda de um ente querido ou de alguma abstração que ocupou o lugar desse ente, tal como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, entre outros. Ele considera que o luto jamais poderá ser considerado patológico, apesar de seus aspectos afastadores da conduta normal de vivência. Entretanto, ele defende que o luto pode ter um cunho patológico quando há uma disposição para a neurose obsessiva, em que surgirá um conflito devido à ambivalência no sentido de que o enlutado se sente culpado pela perda do objeto amado. Acredita ainda que ele seja superado com o passar do tempo, não sendo necessária qualquer intervenção nesse processo. A superação é dada quando o ego liberta sua libido do objeto perdido. Em relação ao luto profundo, Freud afirma que nele é vivenciado um estado de espírito penoso, assim como uma perda de interesse pelo mundo externo e perda da capacidade de adotar um novo objeto de amor (o que traria uma substituição) e o afastamento de atividades não vinculadas a pensamentos sobre o objeto perdido.

Costa e Lima (2005) afirmam que, ao contrário do que se pensa, a reação mais forte durante o luto não é a depressão, mas sim surtos agudos e intensos de dor, desespero e sensação de saudade.

De acordo com Franco (2002), o luto agudo é caracterizado por sintomas psicológicos e somáticos que causam sofrimento e dor. Esses sintomas compreendem manifestações afetivas como culpa, ansiedade, depressão; manifestações comportamentais como fadiga e choro; com atitudes voltadas a si e ao contexto como auto-reprovação, baixa auto-estima e desamparo; lentidão do pensamento e da concentração; perda de apetite; distúrbio do sono; queixas somáticas como dores, náuseas, nó na garganta, palpitações, necessidade de suspirar e sensação de estômago vazio; mudanças na ingestão e suscetibilidade a doenças. Tais sintomas são respostas normais, necessárias e esperadas e precisam ser vividos para que a perda seja encarada de forma satisfatória e para que os enlutados consigam (re)estruturar seu papel no âmbito social.

Do ponto de vista do desenvolvimento, a relação do adolescente com a morte e suas reações à perda de um ente querido são peculiares, especialmente porque são moduladas pela fase de desenvolvimento em que ele se encontra, no processo do qual a construção da identidade é a tarefa central. Entretanto, é importante alertar para o fato de que a aquisição da individualidade pode, nas primeiras fases da adolescência, evocar a percepção de si mesmo como um ser solitário, fazendo com que o jovem sinta-se mais vulnerável à morte, tanto própria quanto de alguém significativo. Também contribui para esse sentimento, o ônus resultante das tarefas de desenvolvimento que se impõem na adolescência, tais como a superação emocional, domínio, intimidade e ambivalência em relação aos pais. Some-se a isso as perdas enfrentadas pelo adolescente, das quais se destacam as perdas do corpo infantil associadas às transformações corporais e fisiológicas correspondentes, a perda dos pais da infância e da identidade e do papel infantil. Efetivamente, o confronto com morte na adolescência pode exaurir as limitadas estruturas defensivas inerentes a essa fase de desenvolvimento, precipitando respostas radicais (DOMINGOS; MALUF, 2003).

Entre os fatores que influenciam o luto dos adolescentes e crianças, destacam-se o conhecimento que eles têm das causas e circunstâncias da perda, especialmente o que lhes é dito sobre a perda e as oportunidades que têm de compartilhá-la, os padrões de relacionamento familiar anterior e a mudança desses padrões e reestruturações do sistema familiar em consequência da perda, nos casos em que o objeto da perda é um dos pais.

Certamente a perda de um dos pais na adolescência pode comprometer o processo de aquisição da independência e da autonomia adulta pelo jovem. Entretanto, a morte de um

colega, de um amigo íntimo, pelo fato deste ocupar um lugar importante na vida do adolescente, podendo até suprir necessidades de ordem social e emocional negligenciadas pela família, pode ser igualmente desestruturante, principalmente porque perdas de pessoas próximas e parecidas com ele mesmo têm a força de alertá-lo vigorosamente sobre sua vulnerabilidade e mortalidade, na medida em que sua fantasia de imortalidade é questionada, especialmente se essas perdas são repentinas, como ocorre, por exemplo, em casos de suicídio e homicídio (DOMINGOS; MALUF, 2003).

Para Bromberg (2000), o luto saudável é aquele em que há aceitação das modificações do mundo interno e externo devido à morte de alguém e a reorganização da vida com as relações de vínculo que permanecem.

Já uma exacerbação dos processos presentes no luto normal, com uma duração muito longa e com características obsessivas, configura um processo patológico. Considera-se necessário ressaltar que as questões do enlutamento, à medida que afetam o comportamento da família, mudando o curso de seu ciclo vital com conseqüências negativas, devem ser avaliadas com extremo cuidado, para que possa ser delineada a intervenção necessária.

As pessoas enlutadas podem apresentar alguns desses sintomas e precisam compreendê-los e vivê-los como manifestações normais frente à perda de alguém importante. Para Franco (2002), o processo de luto deve ser completo, as pessoas precisam passar por cada estágio que o compreende, pois, somente assim, conseguirão adaptar-se à nova vida sem a pessoa que morreu. Bromberg (2000) considera que o luto precisa de atenção para ser superado ou curado. Nesse processo de cura deve haver duas mudanças psicológicas no enlutado. A primeira é aceitar a morte como uma realidade e que a relação de vínculo foi rompida. A segunda é encarar e saber lidar com as emoções e problemas decorrentes da morte de alguém.

O luto só é resolvido quando a pessoa perdida não é esquecida, mas sim internalizada e tornada parte da pessoa que sofreu a perda. Na verdade, trata-se de um processo geralmente longo e trabalhoso, de transição psicossocial (entenda-se aquisição de uma nova identidade), no qual um conjunto de concepções sobre o mundo, cuja validade era aferida pela presença da pessoa falecida, não fazem mais sentido e, portanto, devem ser atualizadas para se adequarem à nova realidade (DOMINGOS; MALUF, 2003).

Esse é um processo que leva tempo, algumas vezes pode levar anos. Uma morte que acontece de repente e sem ser por causas naturais se torna ainda mais difícil de ser compreendida. Geralmente, essa superação não é processada de maneira solitária e independente. O enlutado necessita de uma companhia disposta a compreender os sentimentos

da perda e a ajudá-lo sempre que necessário ou solicitado e da melhor forma possível, valendo-se de sentimentos como amor, tolerância, paciência e disponibilidade.

Considerando que a adolescência é um fator de risco para o luto, verifica-se que, à semelhança do que acontece na sociedade, a família não tem desempenhado a contento o papel de fonte de suporte para o adolescente enlutado. O mesmo se pode dizer da escola, particularmente dos professores, que podem ser surpreendidos por situações de morte e luto com as quais não estão preparados para lidar, nem prática e nem emocionalmente (DOMINGOS; MALUF, 2003).

As instituições sociais, especialmente a família e a escola, têm que saber lidar com situações portadoras de fortes emoções, particularmente com o luto. O padrão afetivo dominante nesses espaços freqüentemente não favorece a resolução de situações decorrentes do luto, inviabilizando a expressão de afetos e respectiva escuta, processos esses da maior importância, ainda que por si sós não garantam um luto sem complicações (DOMINGOS; MALUF, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família se insere nesse contexto como uma equipe interdisciplinar, atuando com pessoas em sofrimento mental, a fim de prestar seus cuidados com competência técnico-científica, com base nos preceitos éticos, holísticos e humanísticos. Seus principais instrumentos de cuidado são os processos de comunicação e de relacionamento terapêutico.

O relacionamento terapêutico entre equipe e paciente é uma experiência de aprendizagem mútua e de correção emocional para o paciente, constituindo-se num instrumento de cuidado. É baseado na humanidade básica dos sujeitos envolvidos, com respeito mútuo e aceitação de diferenças étnicas e culturais.

Seus objetivos são o crescimento do paciente, com auto-realização, auto-aceitação e incentivo de auto-respeito; identificação de integração pessoal; capacidade para formar um relacionamento íntimo, interdependente e interpessoal; melhora no funcionamento e maior capacidade para satisfazer necessidades e atingir metas pessoais realistas (LARAI; STUART, 2001).

Nesse tipo de interação, os membros da equipe de saúde permitem que o paciente expresse pensamentos e emoções e os relaciona às ações observadas e relatadas. Ele também identifica e amplia os recursos do ego do paciente e encoraja a socialização e a conexão com a família. Juntos, corrigem os problemas de comunicação e modificam seus padrões desadaptados, testando novos padrões de comportamento e mecanismos de enfrentamento mais adaptados (LARAIA; STUART, 2001).

Para Laraia e Stuart (2001), este tipo de relacionamento inicia-se com um contrato entre profissional e cliente, como forma de estabelecimento de um clima de confiança, compreensão, aceitação e comunicação aberta. O diálogo terapêutico subsequente conta com técnicas com finalidades específicas. Por exemplo, para favorecer a expressão do cliente, o profissional deve permanecer em silêncio; ouvir reflexivamente; verbalizar aceitação; observar a comunicação não verbal; utilizar frases que encorajem o cliente a falar; verbalizar aceitação; chamar o cliente pelo nome; respeitar suas crenças; demonstrar que seus esforços de mudança são percebidos; fazer perguntas abertas e estabelecer limites. Para favorecer a clarificação, devem-se estimular comparações; solicitar ao cliente que dê o significado dos termos usados e pedi-lo para descrever os eventos em seqüência lógica. A fim de validar a comunicação verbal, o profissional de saúde deve repetir a mensagem do cliente e sumarizar o que foi dito na interação.

Tabela 1
Fatores que Dificultam o Compartilhamento da Perda segundo os Adolescentes Entrevistados

<i>Individuais</i>	<i>Familiares</i>	<i>Ambientais</i>
<ul style="list-style-type: none"> — sentimento de não ser compreendido em seus sentimentos e emoções. — considerar a perda como assunto privado, razão pela qual supostamente ninguém compreenderia, não sendo justo preocupar outrem cabendo, portanto, a si próprio “livrar-se” de seu sofrimento. — (pseudo) auto-suficiência: se bastar a si próprio para se “livrar” do sofrimento. — dificuldade de se expor e compartilhar sentimentos. — evitar lembrar a perda para não sofrer. — chorar quando tenta verbalizar seu pesar. — dificuldade de se enturmar e fazer amigos. — dificuldade de se aprofundar nos sentimentos quando tenta compartilhar com outrem. 	<ul style="list-style-type: none"> — família pouco afetiva e fechada e incapaz de compartilhar a perda. — família intolerante com o luto do adolescente. — proibição de falar ou de manifestar sentimentos e emoções sobre a perda para não magoar as demais. — evitar preocupar mais a família. — receio de não ser acolhido em seu pesar. — falta de oportunidades de compartilhar sentimentos. — dificuldade de falar sobre a ocorrência de doença na família devido a pressão familiar que quer manter esse fato sob anonimato. 	<ul style="list-style-type: none"> — ambiente pouco responsivo ou mesmo hostil ao pesar do adolescente. — professores e colegas pouco afetivos/falta de intimidade com eles/ninguém pergunta/ as pessoas não são autênticas. — ambiente não acolhedor, oferecendo riscos de ridicularização. — percepção do ambiente como preconceituosos, (nos casos em que a perda resulta de causa que tendem a ser socialmente moralizadas, como AIDS e assassinato envolvendo o mundo das drogas).

Fonte: Próprio autor

4.3 MODELO ASSISTENCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A ESF que atua na Unidade Básica de Saúde Joaquim Braga da Silva no Planalto Caucaia, município de Caucaia, realiza ações de demanda programada, ações de demanda espontânea, ações de natureza gerencial da unidade, ações de natureza informativa e educativa e ações relacionadas aos cuidados de saúde, como as visitas domiciliares e o estabelecimento de protocolos de atendimento.

Entretanto a atuação dos membros da Equipe se dá de formas diferentes. Por exemplo, o profissional enfermeiro dedica a maior parte do seu tempo às ações de demanda programada, estando suas ações vinculadas a um cronograma fixo de atendimento. Assim, ao longo da semana, a enfermeira realiza atendimentos programados como atividades de planejamento familiar, pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce do câncer de mama e uterino e atendimento a hipertensos e diabéticos.

Já o profissional médico destina a maior parte do tempo para o atendimento da demanda espontânea, que ainda é muito intensa no território dessa Unidade de Saúde.

O profissional cirurgião-dentista divide seu tempo entre ações de atendimento à demanda espontânea e ações de demanda programada, priorizando nesse caso grupos como gestantes, crianças em idade escolar, diabéticos, hipertensos e trabalhadores, os quais recebem atendimento preferencialmente no horário da noite.

As ações educativas e informativas, bem como as ações gerenciais são realizadas de forma programada e conta com a participação de todos os membros da Equipe, bem como de pessoas da comunidade.

Entretanto o desenvolvimento das ações que visam à melhoria da qualidade de vida tem se efetivado de forma lenta e em meio a dificuldades importantes, sobretudo devido a dois fatores primordiais. O primeiro, de ordem interna à Equipe, diz respeito à falta de compromisso de alguns profissionais com a realização das atividades, o que compromete muito o bom

desempenho da Equipe, uma vez que tal postura acaba produzindo conflitos internos freqüentes.

O segundo fator relacionado à dificuldade em se estabilizar o novo modelo assistencial proposto pelo SUS refere-se à incompreensão pela população da importância e do significado das ações preventivas e programadas no processo de melhoria da qualidade de vida, o que leva a não aceitação dessas ações em alguns casos.

Essa dificuldade da população em aceitar as ações propostas pela reformulação do modelo assistencial se explica sobretudo pelos fatores históricos, políticos e culturais relacionados à prestação dos serviços em saúde.

Historicamente sabe-se que os modelos assistenciais anteriores à implementação do SUS priorizavam ações curativas nos hospitais e ainda favoreciam o tratamento das doenças através de tecnologias existentes em grandes centros de saúde e através de incentivo às terapias medicamentosas em larga escala, em detrimento da promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas, pelo enfrentamento dos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Além disso, ressalta-se as dificuldades de comunicação entre a equipe e a comunidade, o que compromete o processo de internalização e aceitação das ações preventivas em saúde pela população, bem como inviabiliza a compreensão dos fatores determinantes locais das condições de saúde da população pela equipe.

O processo comunicacional ainda ocorre de forma verticalizada, pois a população entende a Equipe como uma estrutura de poder, e essa por sua vez tem se mostrado pouco eficaz na compreensão dos fatores culturais, históricos e políticos dessa comunidade, não produzindo uma comunicação horizontalizada e respeitadora dos valores comunitários.

Analisemos o caso clínico fictício abaixo, com o objetivo de identificar os atributos de qualidade na prestação de cuidados de saúde à Dona Maria:

Dona Maria é viúva e tem 65 anos. Mora na comunidade de Vila Formosa há cerca de 10 anos. Anteriormente, morava na zona rural de onde saiu juntamente com várias outras famílias em função da expansão do plantio de soja por grandes empresas e da concentração fundiária decorrente dessa expansão. Há cerca de oito anos procurou a unidade de saúde com queixas de cefaléia, tendo sido diagnosticada hipertensão arterial. Desde então, vem fazendo uso irregular de anti- hipertensivos. Apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) e foi internada no hospital local por 15 dias. Recebeu alta hospitalar com limitações importantes de movimentos . Três dias após a alta hospitalar, o agente comunitário responsável pela microárea onde Dona Maria reside tomou conhecimento de sua saída do hospital e comunicou o fato a um

dos membros da Equipe. Quinze dias após a alta hospitalar, numa sexta feira à tarde, sua filha procurou a unidade e solicitou à Equipe uma visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem realizou a visita no mesmo dia e encontrou Dona Maria emagrecida, com cuidados higiênicos precários, níveis pressóricos elevados, uso irregular da medicação prescrita e com escaras de decúbito. Frente a essa situação, realizou o curativo das escaras, orientou sobre os cuidados de higiene, a alimentação, o uso correto da medicação e os cuidados com as escaras. Retornando à unidade de saúde, comunicou o caso à enfermeira, que decide realizar uma visita na segunda-feira pela manhã com o auxiliar de enfermagem. Em sua visita, a Enfermeira constatou que Dona Maria encontrava-se bastante debilitada, com níveis pressóricos elevados e as escaras apresentando sinais de infecção. Diante desse quadro, orientou a família sobre os cuidados gerais com a higiene e alimentação, o uso correto da medicação. Realizou o curativo das escaras, aproveitando para demonstrar aos familiares e ao auxiliar de enfermagem a técnica e os cuidados a serem prestados em pessoas que desenvolvem ou apresentam o risco de desenvolver escaras de decúbito (UFC, 2010).

ATRIBUTOS DE QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE A DONA MARIA

O caso de Dona Maria exemplifica nitidamente a presença e a ausência de atributos de qualidade na prestação dos serviços de saúde. Quando Dona Maria deixou a zona rural há dez anos para morar na Vila Formosa, passou a procurar atendimento na Unidade de Saúde local, ou seja, passou a ter um acesso mais fácil às ações de saúde, caracterizando a presença do atributo de **ACESSIBILIDADE**.

Após o diagnóstico de hipertensão arterial e a prescrição de anti-hipertensivos, Dona Maria não recebeu uma atenção a saúde de forma contínua, uma vez que ao sofrer o acidente vascular cerebral foi verificado o uso irregular da medicação, ficando evidente nesse caso a ausência do atributo da **CONTINUIDADE** da atenção no âmbito da Unidade Básica de Saúde.

Ao sair do hospital, apresentando limitações de movimento e necessitando do acompanhamento da Equipe de saúde local, Dona Maria apenas recebeu assistência após 15 dias da alta hospitalar, ocasião em que já se encontrava em situação mais precária, emagrecida, mostrando higiene deficiente e escaras de decúbito. Evidentemente se o cuidado houvesse sido oferecido quando o agente comunitário de saúde tomou conhecimento da alta hospitalar, o

agravamento das condições de saúde de Dona Maria não teria ocorrido. Tal situação demonstra que as ações não foram efetuadas no momento oportuno, ou seja, constata-se aí a ausência do atributo da **OPORTUNIDADE**.

Os primeiros cuidados prestados pelo auxiliar de enfermagem, na primeira visita à cliente, não resultaram em melhoria de suas condições de saúde, o que mostra a deficiência do atributo da **EFICÁCIA** nas ações desse profissional, as quais não foram suficientes para resolver o problema.

Na segunda visita a Dona Maria, realizada pela enfermeira, foram realizadas orientações de higiene, alimentação e uso correto da alimentação, e o curativo adequado das escaras, com demonstração aos familiares e ao auxiliar de enfermagem da técnica correta de realização dos curativos. Dessa forma, as ações da enfermeira são caracterizadas pelo atributo da **EFETIVIDADE**, pois essa profissional conseguiu fazer bom uso dos recursos disponíveis na busca da resolução do problema.

4.4 PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE

Com o objetivo de compreender o processo de Planejamento e Avaliação de ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família, elaboramos um Plano de Intervenção baseados no trabalho de grupo realizado durante o Curso de Especialização em Saúde da Família.

Definição dos Problemas

O primeiro passo para a elaboração do Plano de Intervenção sugere a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, a fim de se conhecer os principais problemas da comunidade que interferem nas condições de saúde e doença da população, sempre considerando a participação de todos os atores sociais (Planejamento Participativo).

Como os membros do grupo não atuam na mesma área, apontamos os principais problemas das nossas comunidades e priorizamos o mais importante para elaborarmos o projeto de intervenção.

Os principais problemas encontrados pela nossa equipe foram:

- dependência química de álcool e entorpecentes;
- alto índice de mortes por violência;
- alto índice de doenças respiratórias e cardiovasculares;
- esgotos a céu aberto;
- tabagismo entre os hipertensos e diabéticos;
- dengue.

1. Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Dengue	Alta!	7	Parcial	1
Alto índice de doenças respiratórias e cardiovasculares	Alta!	6	Parcial	2
Tabagismo entre hipertensos e diabéticos	Alta!	5	Parcial	3
Dependência química de álcool e entorpecentes	Alta!	5	Parcial	4
Alto índice de mortes por violência	Alta!	5	Fora	5
Esgotos a céu aberto	Alta!	4	Fora	6

****De um total de 35 pontos esperados***

A dengue foi selecionada como prioridade 1, porque ao analisarmos os quatro quesitos considerados parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, ele é o que apresenta maior prioridade em todos e apresentou o maior valor associado à urgência (7).

2. Descrição do problema selecionado

No caso do problema “dengue” anteriormente citado e definido como prioridade número 1 pelo Grupo 01, podemos enunciá-lo de uma forma mais completa, como: “9.839 casos de dengue foram confirmados em 2010 em 114 municípios cearenses. Foram também confirmados 47 casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), sendo 1 óbito e 55 casos de dengue com complicação, com cinco óbitos.”

Para descrição do problema priorizado, o Grupo 01 utilizou alguns dados fornecidos pelo Boletim Semanal de Dengue emitido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2010.

Para facilitar então o processo da descrição, o Grupo 01 utilizou o seguinte quadro:

Descritores do problema “dengue”- Dados de 2010

Descritores	Valores	Fontes
Casos de dengue suspeitos	16.554	Dados epidemiológicos SESA
Casos de dengue confirmados	9.839	Dados epidemiológicos SESA
Amostras negativas	6.715	Dados epidemiológicos SESA
Casos de FHD suspeitos	125	Dados epidemiológicos SESA
Casos de FHD confirmados	47	Dados epidemiológicos SESA
Óbitos por FHD	1	Dados epidemiológicos SESA
Casos de dengue com complicação	55	Dados epidemiológicos SESA
Óbitos por dengue com complicação	5	Dados epidemiológicos SESA

A elaboração do quadro possibilitou uma análise dos descritores selecionados, a fim de caracterizar o problema em destaque, facilitando, assim, a definição das ações que o

grupo desempenhará em busca do enfrentamento do problema, além de favorecer a organização da agenda do grupo e o monitoramento e a avaliação da eficácia e da eficiência das intervenções propostas.

3. Explicação do problema

A dengue tem como causas, problemas de cunho sanitário e de conscientização da população, bem como sua mobilização. Também não podemos esquecer a questão climática que também influencia, com relação à quantidade de chuvas durante o ano e temperaturas. O problema da dengue carrega consigo outros problemas de base que devem ser diagnosticados para que seja feita a intervenção cabível.

No ano de 2010 podemos perceber uma diminuição dos casos de dengue praticamente em todo o Brasil, sendo uma das causas a diminuição das chuvas e a possível conscientização da comunidade.

A dengue acontece quando a população deixa que o mosquito *Aedes aegypti* se reproduza e ocorre, segundo o Ministério da Saúde, em qualquer recipiente utilizado para armazenar água, tanto em áreas sombrias como ensolaradas, utilizando como reservatório: caixas d'água, barris, tambores, vidros, potes, pratos e vasos de plantas ou flores, tanques, cisternas, garrafas, latas, pneus, panelas, calhas de telhados, bandejas, bacias, drenos de escoamento, canaletas, blocos de cimento, urnas de cemitério, folhas de plantas, tocos e bambus, buracos de árvores e muitos outros onde a água da chuva é coletada ou armazenada.

A população deve ser mobilizada e conscientizada no sentido de cooperar com as ações de combate ao mosquito, dentre elas autorizar a entrada de borrifadores de inseticidas em períodos de epidemia, pois uma das causas do combate não eficaz da dengue é a não cooperação através do bloqueio de casas impedindo que os agentes sanitários entrem em casas devido a não autorização dos proprietários.

Outra causa do problema da dengue é a coleta de lixo irregular para reduzir os possíveis criadouros de mosquitos, visto que em algumas áreas essa coleta se faz de forma não periódica fazendo com que a população deixe o lixo a céu aberto por vários dias, bem como as pessoas devem ser orientadas constantemente que devem deixar o lixo no local adequado e realizar as medidas recomendadas pelos agentes sanitários.

5. Seleção dos nós críticos

Os problemas que podem ser relacionados que tem possibilidade de ação mais direta e eficaz, no sentido de causar um maior impacto se forem trabalhados, são:

- Conscientização da população sobre sua responsabilidade frente ao problema da dengue; Nesse item se encaixa a limpeza dos recipientes que possam contribuir pra reprodução do mosquito
- Controle rigoroso da retirada do lixo em dias fixos, mesmo em áreas de acesso crítico e reforço na comunicação da população sobre os dias em que essa coleta acontece;
- Fiscalização de casas ou terrenos baldios abandonados que possam causar prejuízo ou riscos para a comunidade no sentido de favorecer a reprodução do mosquito e a contaminação da população. A fiscalização deve ser feita por autoridades responsáveis e previsto multa caso o proprietário não obedeça à autoridade responsável e a denúncia deve ser feita pela comunidade.

6. Desenho das operações e 7. Identificação dos recursos críticos:

Considera-se como nó crítico da dengue, ou seja, o principal causador, a presença de reservatórios de água nas comunidades. A prevenção e as medidas de combate exigem a participação e a mobilização de toda a comunidade a partir da adoção de medidas simples, visando à interrupção do ciclo de transmissão e contaminação. Caso contrário, as ações isoladas poderão ser insuficientes para acabar com os focos da doença. Outra estratégia a ser utilizada seria a conscientização e educação da população e esclarecimento acerca da importância do combate ao mosquito e seu local de proliferação. O resultado pode ser o fim no local de proliferação do mosquito e conseqüentemente a erradicação da doença.

Dessa forma, são propostas as seguintes ações:

-Identificação das áreas com maior proporção/ocorrência de focos e os criadouros predominantes, possibilitando a intensificação das ações nos locais com maior presença do mosquito.

-Mobilização da comunidade através de campanhas como dia D de combate à dengue: realizar mutirão de limpeza com a participação da comunidade, além de esclarecimentos sobre armazenamento adequado de água, já que a rede de abastecimento no local ainda é deficiente; reforçar o trabalho educativo nas escolas, entidades comunitárias,

locais de grande fluxo de pessoas, sucatas, entre outros, sensibilizando a população para a necessidade dessa parceria de combate ao mosquito.

- Intensificar o trabalho de campo dos agentes de endemias do Serviço de Zoonoses do município, visitando imóveis para observar tanques, caixas d'água, objetos que acumulem água para eliminar possíveis focos.

- Divulgação de que a proliferação do mosquito da espécie *Aedes aegypti*, que transmite a doença, pode ser combatida colocando-se borra de café nos pratinhos de coleta de água dos vasos, nos pratos dos xaxins, entre as folhas das plantas que acumulam água, como as bromélias e nos locais da casa em que a água se acumula e fica parada, como ralos. O único trabalho seria o de colocar aquele pó úmido que resta depois do café ser coado. (receita prática e simples, não envolvendo o uso de venenos ou inseticidas perigosos à saúde humana ou dos animais).

8. Análise da Viabilidade do Plano

Para que a execução do plano seja viável, se faz necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários às operações, e a partir disso propor estratégias para motivar esses atores. Em outras palavras, para "fazer acontecer" é imprescindível que aqueles que detêm o poder e que controlam os recursos estejam suficientemente motivados a colaborar.

A operação Semana de Combate à Dengue, incluindo o dia "D" de combate à Dengue, requer recursos políticos (articulação com a Secretaria de Educação e adesão dos profissionais), recursos organizacionais (mobilização social visando à participação em massa) e recursos financeiros (para aquisição de folhetos educativos, cartazes, faixas, recursos audiovisuais e suporte estrutural do evento).

Os atores que controlam esses recursos são:

- Secretário Municipal de Saúde;
- Secretário Municipal de Educação;
- Setor de Comunicação Social da Prefeitura.

Após a apresentação detalhada do plano de ação e da operação da Semana de Combate à Dengue, todos os atores se mostraram favoravelmente motivados, pois reconhecem a importância das ações educativas capazes de prevenir essa doença.

A ação de intensificação das atividades de campo dos agentes de endemias, assim como a operação de capacitação da equipe de saúde exigem recursos políticos (decisão de

aumentar o número de agentes de endemias no município e autorização de um curso preparatório intensivo para os agentes em atividade), recursos financeiros (para estruturar o serviço e custear o curso intensivo) e recursos cognitivos (especialistas em epidemiologia para ministrarem o curso).

Os atores envolvidos com esses recursos críticos são o Secretário Municipal de Saúde, que se encontra favoravelmente motivado para a execução do projeto, e o Prefeito Municipal, que ao primeiro contato mostrou-se indiferente. Nesse caso, se faz necessária a elaboração de uma operação estratégica, que envolva a apresentação detalhada do projeto ao Prefeito, pelo Secretário de Saúde juntamente com o coordenador do setor de Epidemiologia e um componente da Equipe de Saúde, com o objetivo de reforçar o papel dos Gestores Estaduais e Municipais, cujas atribuições são de organizar o trabalho de campo e da rede de atendimento ao paciente, facilitar o acesso da população as informações e dar agilidade ao controle da doença.

9. Elaboração do Plano Operativo

Após reunião com a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de planejamento, foi estabelecida a divisão de responsabilidades e os prazos para a execução das operações, conforme apresentado na tabela abaixo:

OPERAÇÃO	RESULTADOS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Semana de Combate à Dengue Dia D Palestras nas Unidades de Saúde	Maior adesão da comunidade às ações preventivas Redução dos focos favoráveis ao desenvolvimento do mosquito hospedeiro	Emanuelly, Danielle e Jaqueline	1 mês para captação dos recursos e 1 mês para o início da operação

OPERAÇÃO	RESULTADOS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Intensificação das atividades dos agentes de endemias Solicitar concurso público para novos agentes Curso preparatório intensivo (reciclagem dos agentes)	Maior cobertura de residências visitadas e maior frequência das visitas dos agentes Difusão do conhecimento sobre os hábitos do mosquito e desenvolvimento da doença	Demétrius e Elizabeth	1 mês para elaboração do projeto e apresentação ao Prefeito 3 meses para o início do Curso preparatório
Capacitação da equipe para o manejo da dengue Curso de capacitação com especialista	Qualificar a equipe para o trabalho intersetorial de prevenção e assistência à dengue	Danielle	1 mês para organização do conteúdo do curso e 45 dias para início do curso de 40 horas

10. Gestão do Plano

O acompanhamento periódico das atividades do plano operativo será realizado mediante uso de uma planilha, onde serão registradas informações sobre a situação atual do andamento das operações, as justificativas dos possíveis entraves e o estabelecimento de novos prazos.

4.5 TECNOLOGIAS PARA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde

As Práticas Educativas assumem importância relevante no contexto das atividades da Equipe de Saúde da Família, uma vez que essas ações visam a levar os sujeitos, considerados agentes que tem história, trajetória, cultura e valores, a ampliar o controle sobre suas vidas, através da participação em grupos. Nessa perspectiva, Freire(1986) diz que "*os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo*".

A pedagogia da problematização, ao buscar a emancipação dos sujeitos através de reflexões a cerca de seus hábitos de vida e sua relação com o meio, busca também o reconhecimento desses sujeitos como agentes transformadores da realidade social. Dessa forma a problematização da realidade, através do questionamento das situações e dos fatos cotidianos deverá ser a estratégia a ser adotada a fim de induzir a reflexão crítica e estimular a busca por soluções dos problemas.

Evidentemente o processo pedagógico abordado deve considerar as diferentes formas do "saber" dos atores envolvidos, jamais menosprezando as diferenças culturais e as variadas formas de expressão dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, os membros da equipe de saúde devem atuar como agentes facilitadores e indutores do processo de problematização, sempre incentivando a reflexão compartilhada dos problemas sócio ambientais da comunidade (UFC, 2010).

A pedagogia por condicionamento, baseada nas teorias behavioristas, sugere uma abordagem técnica de ensino, caracterizada pela sistematização e mecanização da transmissão de conhecimentos. Marcada pela rigidez do processo de ensino, essa técnica pedagógica propõe um sistema de trocas e recompensas para os alunos, de forma a modular de forma estimuladora o seu comportamento no processo (UFC,2010).

Entretanto essa tendência pedagógica, ao adotar postura ditatorial, rígida e impositiva não conseguiu se estabelecer nos meios acadêmicos, uma vez que somente angariou a antipatia dos estudantes ao reprimir-lhes a livre expressão individual e a capacidade de atuarem como sujeitos dos processos educacionais (NUTEDS/UFC, 2011).

4.6 SAÚDE DA MULHER

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade) (BRASIL, 2004).

Dessa forma, analisemos a saúde da mulher sobre a perspectiva da gestação e a perspectiva da violência contra a mulher.

Saúde da Mulher e Gestação

O período gestacional, embora natural e fisiológico, requer atenção especial e um cuidado planejado, haja vista a importância desse evento e o contexto emocional produzido na mulher e na sua família.

A equipe de saúde da família deve elaborar as ações necessárias ao acompanhamento das mudanças fisiológicas decorrentes do período gestacional, orientando sempre a gestante a lidar com essas mudanças e evitando o surgimento de agravos que ponham em risco a gravidez.

Além disso, creio que seja de grande valor o diagnóstico emocional e o estudo do impacto social da gestação na família da mulher, uma vez que isso muitas vezes é determinante do grau de auto cuidado que a gestante desenvolve nesse período. É lógico pensar também que o aspecto psico-social também determina a receptividade da mulher às orientações da equipe de saúde durante esse período e mesmo após o nascimento da criança.

Saúde da Mulher e Violência

Outro tema relevante no que diz respeito à saúde da mulher é a questão da violência. A violência contra a mulher ainda raramente aparece nos diagnósticos e nas condutas realizadas nos serviços de saúde, apesar da magnitude dessa questão nas condições de saúde da população. Os serviços básicos de atenção à saúde têm papel fundamental na detecção do problema, pois esses serviços normalmente têm grande cobertura e amplo contato com as mulheres. Sendo assim, a logística de trabalho das Unidades Básicas de Saúde devem incluir protocolos de identificação e conduta frente aos casos de violência a mulher, visando a reconhecer e acolher o caso antes de um incidente mais grave.

As unidades básicas de saúde devem assumir sua função social na prevenção, detecção e encaminhamento dos casos de violência, sempre em associação com os demais órgãos e entidades voltados à defesa dos direitos fundamentais, ideia essa estabelecida como uma diretriz da política pública de combate à violência doméstica e familiar conforme o inciso I do artigo oitavo da lei 11.340/06: *'I - a integração operacional do Poder Judiciário, do*

Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação;(UFC, 2010)

A lei Maria da Penha garante as mulher e vítimas de violência entre outros direitos: proteção policial imediata, inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal, assistência à mulher em situação de violência, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Entretanto tais garantias ainda são desconhecidas da maioria da sociedade, o que contribui para que os casos de violência no país ainda sejam subnotificados. Faz-se muito necessária, portanto, a difusão do conteúdo dessa lei e dos direitos assegurados às vítimas de violência, através de campanhas frequentes de massificação da informação junto à sociedade, visando sobretudo à educação em ambientes escolares e junto às associações civis. Nesse contexto cabe às unidades e profissionais de saúde interagir com os demais setores e se engajarem na luta pela garantia dos direitos humanos.

4.7 PROMOÇÃO EM SAÚDE

Para a compreensão da promoção em saúde, necessário se faz conhecer o conteúdo das Cartas Internacionais que fundamentam a evolução das concepções a cerca desse tema.

Carta de Ottawa

Debateu entre outros temas a promoção de saúde, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde em vários países, a necessidade da preservação dos recursos naturais e o cuidado com o meio ambiente (UFC, 2010).

- Declaração de Adelaide

Esse documento discorre acerca das políticas públicas em saúde e sua vinculação às ações comunitárias. Aborda também questões de grande relevância como a saúde da mulher, alimentação e nutrição e os problemas decorrentes do uso do álcool e do tabaco (UFC, 2010).

-Declaração de Sundsvall

Discorre sobre temas como as desigualdades sociais, o êxodo rural, a explosão demográfica e suas conseqüências. Também destaca o meio ambiente e a necessidade de planejar-se o desenvolvimento sustentável da economia (UFC, 2010).

- Declaração de Santafé de Bogotá

Destaca a promoção de saúde nos países latinos. Correlaciona os efeitos da violência e as dificuldades socioeconômicas desses países com os problemas de saúde pública (UFC, 2010).

- Declaração de Jacarta

Mostra a preocupação com a promoção de saúde no século XXI ao apontar os principais desafios para o novo século. Aborda ainda a participação do setor privado na saúde e aponta a pobreza como a principal ameaça à saúde. Essa declaração também comenta os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde- doença (UFC, 2010).

- Declaração do México

Discute a necessidade de elaboração de Planos de Ação nacionais, observando sempre as características locais. Esse documento alerta para a necessidade de se observar os desafios aos progressos já alcançados, como as doenças novas e reemergentes. Também é discutido o tema dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (UFC, 2010).

Campos de Atuação da Promoção em Saúde

A Promoção em Saúde, enquanto processo dinâmico pelo qual se busca a melhoria da qualidade de vida das pessoas, envolve ações globais e locais sempre em parceria com os diversos setores da sociedade, inclusive com incentivo à participação comunitária. Dessa forma a intersetorialidade é característica do processo, que tem campos de atuação diversos, mas sempre correlacionados. Sendo assim, observamos a Promoção em Saúde relacionada com *educação, ecologia, política, saúde, sociologia, dentre outros campos de atuação.*

A educação aparece como setor primordial, através do qual se busca difundir conceitos básicos de saúde e alcançar a conscientização popular nas mudanças necessárias para a melhoria da vida em geral. Não se pode dissociar também as questões de saúde das questões ambientais, uma vez que eventos de uma área têm impactos diretos sobre a outra.

4.8 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL

A odontologia até a década de 90, como ciência da saúde, era acessível apenas para as camadas sociais mais favorecidas do ponto de vista socioeconômico. Até esse período, as políticas públicas de saúde não englobavam ações de promoção de saúde bucal, e o que se via era a oferta de um tratamento assistencial mutilador, com ênfase na exodontia dos dentes,

mesmo aqueles em boas condições, sob a justificativa de prevenir dores e desconfortos bucais pelas extrações múltiplas sem critérios. Tal situação resultou em uma quantidade significativa de idosos desdentados, devido às verdadeiras mutilações que eram realizadas indiscriminadamente.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal existentes, como o Projeto SB Brasil 2003, também apontam a região Nordeste como a que apresenta os piores índices CPOD. Isso ocorre pelo fato de essa região do país possuir os mais baixos índices de desenvolvimento humano, e o acesso aos serviços de saúde ainda ser insuficiente (BRASIL, 2004).

Durante o período em que atuei em uma equipe de PSF no município de Tauá, foi criado o Projeto "GERAÇÃO CÁRIE ZERO", inspirado em programa homônimo desenvolvido pela Prefeitura de São Paulo. O objetivo do Cárie Zero consistia em cadastrar todas as gestantes do município no programa, para que se efetivasse um acompanhamento da saúde bucal das mesmas, bem como das crianças até que atingissem os 6 anos.

O acompanhamento intensificado durante o período gestacional até a idade de 6 anos se justifica pelo fato de que é nesse período que a mãe e a criança desenvolvem hábitos e rotinas de higiene e de alimentação que têm impacto direto nas condições de saúde bucal.

Assim desde o diagnóstico da gravidez a gestante recebe periodicamente visitas domiciliares, realizadas pela equipe de saúde da família, sobretudo dentista e TSB, para realização de atividades educativas de promoção de saúde bucal (importância da amamentação, rotinas de higiene bucal, hábitos alimentares, etc), bem como o encaminhamento para ações assistenciais, quando necessário. Sempre se busca nessas atividades esclarecer às mães a influência que elas têm nas condições de saúde dos seus filhos.

O sucesso do projeto requer avaliações periódicas e a efetividade do mesmo só poderá ser avaliada a longo prazo, quando espera-se verificar uma redução nos índices ceo-d e cpod.

Para tanto, é importante que toda a equipe compreenda o projeto e se empenhe para buscar os resultados.

Durante o período em que atuei em uma equipe de PSF no município de Tauá, foi criado o Projeto "GERAÇÃO CÁRIE ZERO", inspirado em programa homônimo desenvolvido pela Prefeitura de São Paulo. O objetivo do Cárie Zero consistia em cadastrar todas as gestantes do município no programa, para que se efetivasse um acompanhamento da saúde bucal das mesmas, bem como das crianças até que atingissem os 6 anos.

O acompanhamento intensificado durante o período gestacional até a idade de 6 anos se justifica pelo fato de que é nesse período que a mãe e a criança desenvolvem hábitos e

rotinas de higiene e de alimentação que têm impacto direto nas condições de saúde bucal.

Assim desde o diagnóstico da gravidez a gestante recebe periodicamente visitas domiciliares, realizadas pela equipe de saúde da família, sobretudo dentista e TSB, para realização de atividades educativas de promoção de saúde bucal (importância da amamentação, rotinas de higiene bucal, hábitos alimentares, etc), bem como o encaminhamento para ações assistenciais, quando necessário. Sempre se busca nessas atividades esclarecer às mães a influência que elas têm nas condições de saúde dos seus filhos.

O sucesso do projeto requer avaliações periódicas e a efetividade do mesmo só poderá ser avaliada a longo prazo, quando espera-se verificar uma redução nos índices ceo-d e cpod.

Para tanto, é importante que toda a equipe compreenda o projeto e se empenhe para buscar os resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Louvamos a iniciativa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, através do Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, em parceria com a Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, em buscar a qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família, constituindo-se em uma ação estratégica para transformação das

práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Apesar dos esforços empreendidos, os percentuais de equipes que têm médicos, dentistas e enfermeiros capacitados em áreas estratégicas da atenção básica situam-se, ainda, muito baixos, embora para os enfermeiros esses índices sejam sistematicamente superiores aos observados para os médicos e dentistas, observando-se uma capacitação insuficiente das equipes, face ao amplo espectro de ações, às exigências de desempenho das equipes e ao perfil dos profissionais existentes, atualmente, no mercado de trabalho, denotando a necessidade de articulação com Instituições e Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, para melhor qualificar esses profissionais.

Isso se justifica dado à expansão acentuada da Estratégia Saúde da Família, enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica, colocando no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema.

As principais áreas temáticas relacionadas às ações desenvolvidas na ESF devem ser abordadas sob uma perspectiva crítica, considerando sempre os avanços e os desafios do modelo assistencial vigente.

O Curso de Especialização em Saúde da Família colaborou de forma decisiva para a compreensão dos fenômenos sociais com implicação no diagnóstico de saúde, considerando sempre as diferentes perspectivas dos sujeitos envolvidos, para elaborar o planejamento adequado nas diversas áreas de atenção básica à saúde.

Dessa forma, os problemas enfrentados em cada município devem ser abordados considerando as peculiaridades socioeconômicas e políticas de cada região.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. **Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado**: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva, 2002. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto **SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004a.

BROMBERG, M.H.P.F. **A psicoterapia em situação de perdas e luto**. Campinas (SP): Livro Pleno; 2000.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Personal and collective mechanisms for protecting and enhancing the quality of life during childhood and adolescence. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1101-1109, 2007. Disponível em: <http://www.cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000500002&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 20 fev. 2010.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, Abril, 2005 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2010.

DOMINGOS, B.; MALUF, M. R. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2003 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2010.

FEIJÓ, R. B., OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**. v. 77, Supl.2, p. 2001.

FRANCO, M.H.P. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: FRANCO, M.H.P. (org). **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas (SP): Livro Pleno; 2002. p. 15-38.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud-ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 jun. 2010.

LOUREIRO, M. F. F. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1998, 96p.

OLIVEIRA, Thays Cristina De; CARVALHO, Liliane Pinto; SILVA, Marysia Alves Da. O Enfermeiro na Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes. **Reben**, Brasília, v. 3, n. 61, 2008.

SCHRAIBERA L.B., D'OLIVEIRAB A.F., JUNIORC I.F., PINHOC A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T.; **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. 6 ed, Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Fortaleza, 2010. Disponível em http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/mod_assist/aula_04/ Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Bases teóricas de uma praxis educativa. Fortaleza, 2010a. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/prat_ped/aula_02/. Acesso em: 06 abr. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: **Construindo um protocolo de cuidados com vítimas de violência**. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/saud_mulher/aula_04/ Acesso em 13 set. 2011.2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: Promoção de saúde: conceitos básicos. Fortaleza 2010b. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/part_soc/aula_02/. Acesso em: 06 abr. 2011.