

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

LAURIANY DOS SANTOS SOUSA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENFOQUE NA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA**

**FORTALEZA
2011**

LAURIANY DOS SANTOS SOUSA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENFOQUE NA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA**

Portfólio apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Patrícia Maria Costa de Oliveira.

**FORTALEZA
2011**

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

S697e Sousa, Lauriany dos Santos
Estratégia saúde da família: enfoque na qualidade da assistência / Lauriany dos Santos Sousa. –
2011.
44 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de
Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.
Orientação: Prof^ª. Patrícia Maria Costa de Oliveira.

1. Saúde da Família 2. Qualidade da Assistência à Saúde 3. Atenção Primária à Saúde I. Título.
CDD 362.1

LAURIANY DOS SANTOS SOUSA

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENFOQUE NA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA**

Portfólio submetido à avaliação, como um dos requisitos básicos para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Fica permitida a citação de qualquer trecho deste portfólio, desde que sejam obedecidas as normas éticas.

Aprovação em: ____/____/____

A Banca Examinadora foi constituída por:

Prof^a Patrícia Maria Costa de Oliveira
Universidade Federal do Ceará
Orientadora

Pollyana Martins
Examinadora

José Amilto Costa Silvestre
Examinadora

Dedico este trabalho à minha mãe pelo amor, exemplo de vida e a formação que me outorgou.

Aos meus irmãos: Lauritany, Lineker e Likony pelo carinho, ajuda e compreensão.

Ao meu esposo Cloudes, pelo apoio incontestável.

Ao meu sobrinho Cauê, que trouxe mais alegria e felicidade a minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus que ilumina minha vida, me abençoa e me ampara em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Toinha e Osterno, pelo amor, carinho, dedicação e apoio indiscutível. Vocês são o meu pilar, sem a ajuda de vocês eu jamais teria chegado aonde cheguei.

Aos meus irmãos, Lauritany, Lineker e Likony, por sua ajuda, compreensão e carinho.

As amigas Roseline, Lycia e Vanessa, por sua fidelidade, confiança, dedicação, carinho, cumplicidade e por tanto terem me apoiado nos momentos que mais precisei.

As amigas Flávia, Tysiany, Daisy, Lourdes, Kallyany, Michelle, Janaína, Elaine, Olinda, Nádia, Vilma e Teresinha que me ajudaram nos momentos de construção deste portfólio e acima de tudo pela lealdade e amizade incondicional. Jamais esquecerei vocês!

A minha madrinha, Olivanda, por tantos conselhos dados nas horas de angústia, de decisões e pela importância que teve na minha formação como pessoa.

Aos meus familiares que sempre torceram pelo meu sucesso.

A professora Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho por sua atenção e todas as orientações que me deu tanto no âmbito acadêmico como no pessoal.

A minha orientadora Patrícia Maria Costa de Oliveira pela sua disponibilidade em sempre nos ajudar nos momentos de dúvidas e desestímulo no decorrer do curso.

Ao professor Jânder pela flexibilidade nos encontros para solução de problemas e dúvidas.

A todos os tutores do Curso de Especialização em Saúde Pública por contribuírem com a formação de tantos profissionais competentes.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação e torceram pelo meu sucesso.

Muitíssimo Obrigada!!!!

“Faça mais do que existir - viva
Faça mais do que tocar - sinta
Faça mais do que olhar - observe
Faça mais do que escutar - ouça
Faça mais do que ouvir-compreenda.”

John H. Rhoades

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica (AB), da qual a ESF é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações desenvolvidas por uma equipe de saúde e dirigidas a cada pessoa, às famílias e a coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território (BRASIL, 2009). A pesquisa descreve a respeito da Estratégia de Saúde da Família, enfatizando a qualidade da assistência prestada pelos profissionais que atuam nesta área, principalmente no desenvolvimento das ações dos programas de Atenção Básica, que prezam as necessidades da comunidade em áreas específicas, contribuindo para uma saúde de qualidade. Pesquisas a respeito deste tema se fazem de grande relevância, devido o conhecimento que a população adquire sobre os serviços oferecidos pela equipe de saúde da sua comunidade e as necessidades contempladas diante de cada obstáculo encontrado nos serviços de saúde pública. Este estudo tem como objetivos: identificar áreas críticas do desenvolvimento de ações visando à melhoria da qualidade da estratégia, orientar a população sobre os programas contemplados na Estratégia de Saúde da Família. O estudo é do tipo relato de experiência, com informações colhidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sítio Alegre I e no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Sem a preocupação de grande generalização pode – se ao mesmo tempo afirmar que a ESF, ao longo do Brasil tem sido não só concebido como reestruturação da Atenção Básica e de todo Sistema de Saúde, mas tem sido colocado em regiões de extrema carência, como estratégia de discriminação positiva e numa perspectiva que foge do olhar descomprometido de apenas cuidar de doenças. Acredita – se que a ESF oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde, isso devido a qualidade na assistência prestada ser eficaz.

Palavras – chave: Estratégia Saúde da Família, Qualidade na assistência, Programas de Atenção Básica.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC), also known as Primary Care (AB), of which the ESF is the expression that is embodied in Brazil, is characterized by the development of a set of actions for the promotion and protection of health, disease prevention, diagnostics, treatment, rehabilitation and health maintenance. These actions undertaken by a team of health and directed to each person, families and the community or group of people of a determined territory (BRAZIL, 2009). The research describes about the Family Health Strategy, emphasizing the quality of care provided by professionals working in this area, especially in developing of action programs for primary care, who value the community's needs in specific areas, contributing to a health of quality. Research on this theme are of great importance, because the knowledge that people acquire about the services offered by the health team in your community and the needs addressed before each obstacle encountered in public health services. This study aims to identify critical areas of the development of actions to improve the quality of the strategy, educating the public about the programs covered by the Family Health Strategy. The study is reported the type of experience with information gathered in the Basic Health Unit (BHU) of Site Alegre 1 and. Virtual Learning Environment (VLE). Without the worry of large generalization can the same time say that the ESF, over Brazil hasn't only been designed as a restructuring of Primary Care and the entire health system, but has been placed in areas of extreme deprivation, as strategy of positive discrimination and a perspective that escapes the gaze of only uncompromising care for diseases. It is Believed that the FHT offers a unique opportunity for the development of health education activities, because the quality in the assistance to be effective.

Words - the key: the Family Health Strategy, Quality of care, Programs of Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
PSF	Programa de Saúde da Família
Sesp	Serviços Especiais de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	PORTFÓLIOS	17
2.1	Processo de trabalho em saúde	18
2.2	Modelo assistencial e atenção primária à saúde	20
2.3	Planejamento e avaliação de ações de saúde	22
	Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade –	24
2.4	práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	
2.5	Saúde da mulher	26
2.6	Saúde mental e violência	29
2.7	Saúde ambiental, acidentes naturais, artificiais e riscos para a saúde da família	32
2.8	Atenção básica de saúde no contexto da saúde bucal	34
2.9	Atenção básica de saúde a pessoas com deficiência	36
2.10	Interdisciplinaridade, bioética e abordagem integral dos processos de saúde	38
3.	Conclusão	40
	Referências	41

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) diz ainda que a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

As reflexões em torno do legado da APS e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária,

outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição (GIL, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) assume, desde a constituição 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde baseado no direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os municípios, contando com a devida operação técnica e financeira da União e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do SUS. Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar os acessos dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo os serviços de melhor qualidade (DANTAS et al, 2003).

No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais tem se organizado a partir do PSF, que deu espaço posteriormente a Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta que se insere no nível de APS e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária à Saúde, também conhecida como Atenção Básica (AB), da qual a ESF é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações desenvolvidas por uma equipe de saúde e dirigidas a cada pessoa, às famílias e a coletividade ou conjunto de pessoas de um determinado território. A família é a primeira e mais importante influência na vida das pessoas. É na família que adquirimos os valores, o uso e os costumes que irão formar nossa personalidade e bagagem emocional. Podemos chamar de família um grupo de pessoas com vínculos afetivos, consanguinidade e de convivência. Desse modo, cuidar da saúde da família é uma tarefa que envolve muita dedicação, pois cada membro tem sua devida importância para seus parentes e quando se trata um componente, toda a família deve ser orientada sobre o cuidado que está sendo prestado e principalmente a continuação deste (BRASIL, 2009).

Daí sentiu – se a necessidade de criar um programa que desse suporte a família dentro da sua comunidade. E após a implantação das equipes das ESF, a saúde pública renovou – se e agora a população pode contar com um grupo de profissionais da saúde dentro da sua comunidade, tendo todos os membros da família atendidos e acompanhados, principalmente através de visitas domiciliares, realizadas tanto pelo Agente Comunitário de

Saúde (ACS) como por outros profissionais da equipe. Por isso, é necessário identificar e compreender a formação e o funcionamento das famílias na sua área de abrangência.

As famílias vem ao longo do tempo se transformando, acompanhando as mudanças religiosas, econômicas, sociais e culturais. Hoje existem várias formas de organização familiar, como: famílias com uniões estáveis, reconstituídas, de casais do mesmo sexo, casais que moram em casa separadas e etc. Há ainda famílias que não tem a presença da mãe, do pai ou de ambos. Muitas vezes nesses casos, os avós assumem a responsabilidade de cuidar da família (BRASIL, 2009).

A partir daí, alguns problemas de saúde pública começaram a serem sanados, pois com as equipes ficou mais fácil trabalhar a promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentro das ESF são trabalhados programas como Hipertensão e Diabetes, Prevenção de Tuberculose, Hanseníase, Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico, Programa de Saúde da Mulher (pré – natal, planejamento familiar), Saúde da Criança.

A ESF tem como uma de suas propostas a requalificação de vida das comunidades, em especial aquelas com maior desigualdade social, sem ao mesmo tempo ser entendida como saúde dos pobres para os pobres. A década de 90 foi o marco das políticas neoliberais na América Latina e Caribe. Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro julgassem ser o PSF um programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto – piloto centrado no médico, direcionado à clientela específica e focalizado em regiões pobres (SOUSA; HAMANN, 2009).

Quando bem estruturada e organizada, a AB resolve os problemas de saúde mais comuns da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Em relação à qualidade, é comum a concepção de que se trata de um campo tão subjetivo que não existem caminhos definidos para avaliá – la. Também se encontra cristalizado o pensamento de que não é possível oferecer serviços de boa qualidade no âmbito do SUS.

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à ESF, considerando a pluralidade de suas dimensões (política,

econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais) (BRASIL, 2009).

Para Santos e Santos (2007), a qualidade de vida não pode ser tomada como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos. Prover ótimas condições de sobrevivência não garante as elevações dos níveis de qualidade de vida, visto que o que determina é a forma e a capacidade do indivíduo em perceber e se apropriar dessas condições. De nada adiantam os recursos de o beneficiário não pode se favorecer deles. Além disso, viver com qualidade é uma condição que satisfaz as exigências e demandas que determinada situação inflige aos indivíduos, dentro de um dado contexto particular.

Para se ter qualidade na assistência da saúde da família, deve – se trabalhar na formação dos profissionais, pois existe ainda a subestimação da AB, então pode – se observar que quem está buscando trabalhar nesta área, são as pessoas que não conseguiram, por algum motivo, ingressar em uma área mais específica, e este pensamento está mais presente entre os profissionais médicos, entre os dentistas também hoje no Ceará apenas 1,53% dos especialistas cadastrados, segundo dados do Conselho Federal de Odontologia, são da área da saúde coletiva. Devido a este fato, esse estudo tem por objetivos informar aos usuários da AB sobre a qualidade dos serviços prestados e das práticas de saúde neste nível de atenção, identificar áreas críticas do desenvolvimento de ações visando à melhoria da qualidade da estratégia e orientar a população sobre os programas contemplados na estratégia de saúde da família, formular um documento que evidencie as principais áreas de atuação profissional dentro da Estratégia Saúde da Família.

É de suma importância que sejam desenvolvidas pesquisas a respeito deste tema, pois só através delas, a população adquire conhecimento específico sobre os serviços prestados na sua comunidade e como pode usufruir de cada programa sendo contempladas as suas necessidades.

O estudo trata – se de um relato de experiência sobre a atuação de profissionais inseridos na ESF e foi desenvolvido de Junho de 2010 a Setembro de 2011, através de informações obtidas no AVA e na UBS de Sítio Alegre I, na cidade de Morrinhos.

O Curso de Especialização em Saúde da Família, foi realizado na modalidade semipresencial, os encontros presenciais aconteciam mensalmente e depois de um longo período tornou – se bimensal, na modalidade à distância acessávamos o curso no ambiente moodle utilizando o AVA.

Os portfólios são compostos pelos seguintes temas: Processo de Trabalho em Saúde; Saúde Mental e Violência; Modelo assistencial e APS; Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde; Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde; Saúde da Mulher; Participação Social e Promoção da Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal e AB de Saúde a Pessoas com Deficiência.

Estes temas fizeram parte das disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família, que teve duração de 19 de abril 2010 a 05 de junho de 2011, como proposta do SUS para capacitar os profissionais atuantes na ESF.

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

2. PORTFÓLIOS

Caracterização do contexto do estudo

O estudo teve informações obtidas na Unidade Básica de Saúde Sítio Alegre I, localizada no distrito de Sítio Alegre, no município de Morrinhos. A unidade atende aproximadamente 570 famílias, é composta por uma enfermeira, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde, no cronograma é respeitado o atendimento aos programas de saúde.

O município de Morrinhos tem aproximadamente 22 mil habitantes, atendidos por oito equipes de ESF, a economia gira em torno da agricultura e confecção de peças íntimas, tendo várias fábricas localizadas principalmente no distrito de Sítio Alegre. A sede do município é composta principalmente por três bairros, sendo duas periferias, o índice de marginalização é alto, dificultando assim o trabalho das equipes de saúde, pois a população acaba tendo resistência à adesão aos programas de saúde.

Identificação do autor

Sou enfermeira, formada há 4 anos e desde então atuo na ESF, tendo como atividades o atendimento na atenção à criança, gestante, idosos, na prevenção de câncer ginecológico, planejamento familiar, controle de hipertensão e diabetes, saúde mental, realização de educação em saúde, visitas domiciliares, dentre outras.

No decorrer do Curso de Especialização em Saúde da Família, trabalhou – se várias disciplinas de suma importância para um maior aprofundamento no que diz respeito às atividades desenvolvidas dentro da ESF, estas foram condensadas em formas de portfólios e aqui apresentados para um maior entendimento sobre tal estratégia, qualidade da assistência e os programas básicos de saúde.

2.1 Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho vem se modificando de acordo com a necessidade que as pessoas têm em se manterem informadas a respeito das patologias, muito embora a maioria das pessoas procura um serviço de saúde está em busca de um atendimento curativo. Com isso os profissionais estão atuando também com maior intensidade nesta área.

Segundo Fracoli (2001), as práticas de saúde no Brasil têm se dicotomizado em ações médico - sanitárias (predominantemente de caráter preventivo) e ações de assistência médica individual (predominantemente de caráter curativo), com a supremacia destas em detrimento das primeiras. Alguns estudiosos da saúde consideram que a superação dessa dualidade entre prevenção e cura, torna-se possível com o Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, e com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes da ESF são formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer - se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Os profissionais que atuam nas equipes da ESF devem respeitar os valores de cada comunidade, terem sensibilidade para cuidar de todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, tentando juntamente com a cultura de aquela comunidade solucionar os problemas encontrados em seu meio.

O trabalho em saúde é um processo produtor de interseções, e a análise dessas interseções, no interior dos processos de trabalho, articuladas à micro política instituída ou instituinte desses processos, se constitui em uma estratégia que pode revelar "ruídos" e "linhas de fuga" para o trabalho vivo operador de mudanças. Além disso, os processos de trabalho se constituem em analisadores institucionais privilegiados e a análise desses processos pode revelar os diferentes projetos em disputa no interior dos equipamentos de saúde. (MERHY, 1997)

Ainda segundo Merhy (1997), o processo de trabalho de gerência em UBS envolve um duplo movimento, de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam

como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar "bens" do trabalho em saúde. O processo de trabalho de gerência em UBS torna-se o lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.

Pires (1998), diz que:

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantem certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional”.

As equipes podem trabalhar em conjunto com os curandeiros para assim adquirirem credibilidade junto às pessoas e associarem o saber popular com o saber científico e tendo uma resolutividade maior para cada situação proposta pelos usuários.

Feiticeiros, benzedores, exorcistas, videntes, pais de santo, padres, sacerdotes, etc, sempre assistiram aos doentes ao longo da história. O abandono da população em termos de assistência de saúde fortaleceu as práticas alternativas que misturavam as pagelanças indígenas com a medicina popular dos praticos, jesuítas e fazendeiros gerando assim uma rica tradição popular, às vezes eficaz, outras vezes funcionando apenas como conforto aos enfermos e familiares (SERRANO, 1985).

Os profissionais devem também se fazer entendidos pelos usuários, tendo a preocupação de que o quê estão orientando aos clientes esteja realmente sendo absorvido e que será colocado em prática devido à credibilidade que se tem com eles, pois o vínculo acontece quando esses dois movimentos se encontram: o usuário na busca do cuidado e o profissional se encarregando por esse cuidado.

2.2 Modelo Assistencial de Atenção Primária À Saúde

A utilização de modelos teóricos como referência é comum em vários campos do conhecimento. Assim, temos modelos matemáticos, modelos econômicos, uma multiplicidade de modelos teóricos na física e na química etc. A aplicação de modelos nas ciências da saúde é muito frequente. Mesmo na pesquisa experimental em saúde temos a construção de modelos vivos, como as doenças ou mutações genéticas que são produzidas em animais para o estudo de alguns dos nossos problemas de saúde e até mesmo de nossos comportamentos (FARIA et al., 2008).

Podemos perceber o processo de evolução da saúde e os diferentes modelos de saúde que se desenvolveram no Brasil até a criação do SUS na constituição de 1988. Sistema esse que parte dos seguintes princípios Universalidade, Equidade e Integralidade.

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (Carvalho & Santos, 2002). Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos (Mattos, 2001)

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF.

A saúde no Brasil apresentou várias mudanças nos modelos assistenciais e podemos perceber que o modelo hospitalocêntrico aos poucos foi substituído pela ESF que tem como princípios básicos a prevenção de doenças e a promoção da saúde, muito embora

ainda hoje temos ESF que funcionam centrados no modelo curativo centrado no médico, por mais que o trabalho em equipe seja bastante disseminado pelo MS.

Os modelos anteriormente propostos nos levam a ver que a saúde era privativa a grupos de pessoas financeiramente favorecidas.

De acordo com UFC (2011), convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços. Entre os usuários da saúde suplementar (os Planos de Saúde), poder – se – ia dizer que o formato se aproxima do que vários autores tem chamado de Modelo Liberal Privatista. No SUS, concebido como o Sistema Nacional e Público de Saúde, convivem práticas que lembram sanitarismo campanhista e, apesar de a atenção básica e a urgência serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de maior complexidade são comprados de organizações privadas que contam, em sua maioria, com profissionais médicos organizados de forma liberal. No Brasil, a exemplo do que tem ocorrido em outros países do Ocidente, propostas alternativas a esse modelo hegemônico de organização dos serviços vêm sendo desenvolvidos.

2.3 Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

Planejar assume imediatamente as características de ação técnica, mais precisamente, estratégia racionalizadora e saber prescritivo, da perspectiva de tal ou qual política a realizar: ação estratégica para interesses do Estado, da empresa. Por isso o planejamento, como disciplina e prática, busca criar e aprimorar, experimentar e realizar tecnologias de poder (SCHRAIBER et al., 1999).

Ainda segundo Schraiber et al. (1999), o planejamento e gestão realizam ação estratégica quanto ao trabalho em saúde. Essa compreensão não é absolutamente nova. Basta lembrarmos as noções clássicas de uso corrente na administração de “atividades meio” e “atividades-fim”. Ora chamamos atenção para o seu tratamento como técnica e trabalho. Assim, se um trabalho de produção de determinados bens ou serviços corresponde à forma socialmente dada de responder a necessidades diretas sobre esses bens ou serviços, o planejamento representa a perspectiva de racionalizar (e otimizar) essa produção. Será, pois, indiretamente satisfação das mesmas necessidades e diretamente satisfação das exigências de melhor produtividade do trabalho produtivo para o qual é necessidade direta.

Ao planejamento do trabalho e sua gestão caberá, pois, lidar também com este componente do trabalho, ao mesmo tempo em que deve zelar pela qualidade do produto objetivo do trabalho, lidando com a racionalidade técnico – científica de sua operação. Articular esses componentes do trabalho em saúde no momento que é processo particular e concreto em serviços dados é um dos problemas da gestão: conhecer melhor essas relações será, sem dúvida, uma questão (FRACOLI; EGRY, 2001).

A criação do plano no desenvolvimento desta disciplina mostrou – se de suma importância, pois alguns dos alunos atuam no serviço público e não faziam um planejamento das ações a serem desenvolvidas de forma sistemática, organizada, baseado em técnicas. E a construção deste em equipe proporcionou um vínculo com os colegas, o que se faz pensar que cada membro da equipe é de grande importância e devem participar da criação do plano de ação.

Para lidar com a situação de que a comunidade e a equipe de saúde tem ponto de vista diferentes sobre seus problemas prioritários para serem solucionados, faz – se parte da problemática rotineira, a equipe faz o diagnóstico situacional, encontra problemas de saúde relevantes, enquanto a população tem outra visão de prioridades. No entanto, a equipe tem que ter a sensibilidade de "tentar" amenizar os dois tipos de problemas.

Dentre as estratégias propostas pela equipe encontra – se a elaboração de grupos de convivência que podem gerar renda e ao mesmo tempo se trabalhar em prol da comunidade, como por exemplo, um grupo de mulheres hipertensas e diabéticas serem reunidas num espaço e serem realizadas atividades educativas na prevenção de complicações das patologias, após elas podem elaborar trabalhos artesanais que podem ser vendidos para gerar rendas. Podem ser marcados encontros dos representantes públicos com a população a fim de reivindicar a distribuição de água, a construção de quadras de esportes a fim de promover eventos, campeonatos (independente da modalidade) para engajar os jovens, sempre aproveitando esses encontros para orientar as pessoas sobre os riscos de saúdes da comunidade (STUART; LARAIA, 2001).

Se o plano é uma orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador, essa modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde (SCHRAIBER, 1999).

As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização, o que significa dizer que as questões de gênero (feminino e masculino), crença, cultura, preferência política, etnia, raça, orientação sexual, populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos etc.) precisam ser respeitadas e consideradas na organização das práticas de saúde. Significa dizer que essas práticas devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão (BRASIL, 2009).

A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procuram. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para a melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida. Há situações que podem ser facilitadoras ou dificultadoras. Um bom exemplo disso pode ser o horário e dias de atendimento da Unidade Básica de Saúde (UBS), a sua localização, ter ou não acesso facilitado para pessoas com deficiência física, entre outras (BRASIL, 2009).

2.4 Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica À Saúde

A Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil. Mas, até a década de setenta, foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava - se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de “toca boiada”, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça) (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção. As atividades educativas são momentos de encontro e nesses encontros não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Para obtermos melhoras nas atividades educativas e mudanças na realidade da área na qual atuamos, devemos como proposto por Bordenave na pedagogia da problematização, iniciar buscando a realidade da população adscrita e pelos assuntos que a comunidade define como relevante e a partir daí elaborarmos planos de ações respeitando a realidade cultural desta comunidade. Nesta educação em saúde devemos abordar além dos assuntos por eles propostos os assuntos de maior incidência na comunidade e demonstrar os números de incidência de tais temas dentro da realidade deles, porque grande parte da população não tem a mínima noção do que acontece na realidade em sua área, mesmo que seja necessário causarmos impacto de tais problemas.

Skinner fala sobre as máquinas de ensinar e as considera um dos melhores métodos de aprendizagem, relatando que estes aparelhos criam condições rápidas e aperfeiçoadas de estudo efetivo. Este método pode até ser considerado muito efetivo, mas não o considero o melhor, pois no processo de ensino – aprendizagem devemos está sempre em sintonia com o jeito que está sendo ensinado, levando em consideração suas dificuldades sobre determinados assuntos e os ajudando a superar estas dificuldades.

Quando uma pessoa procura a unidade de saúde é devido à necessidade de dividir com o profissional seus anseios, dúvidas ou em busca da cura de uma patologia e os

profissionais que fazem parte das unidades de saúde devemos estar preparados para fazer com que o cliente sinta – se em segurança, à vontade na UBS e saia de lá satisfeito com o atendimento que lhe foi oferecido, por isso é tão importante o acolhimento, pois desde a recepção o cliente se sentirá acolhido, em algumas situações o usuário quer apenas ser ouvido, então o diálogo se faz de suma importância na abordagem a este usuário.

Os ACS's tem como abordagem a visita domiciliar (VD), na qual pode identificar os riscos da comunidade, as necessidades, e levar os outros membros da equipe nas residências que tem a necessidade de acordo com cada especialidade. O profissional médico e enfermeiro por sua vez, contribuem além com a orientação da população com a realização de consultas, oportunidade na qual se é estabelecido o vínculo profissional – usuário de onde parte a confiança por parte deste usuário no profissional que o assiste juntamente com sua família.

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, você entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza” (BRASIL, 2009).

No grupo, ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos, as pessoas tem a oportunidade de ter um olhar diferente das suas dificuldades. A forma de trabalhar com o grupo (também conhecida como dinâmica de grupo) contribui para o indivíduo perceber suas necessidades, reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação ativa nos atendimentos individuais subsequentes.

Para a realização da educação em saúde não são necessários o uso de vídeos e de outros materiais sofisticados. Se estes não estão disponíveis, a troca de idéias poderá ser enfatizada a partir da utilização de gravuras, recortes de jornal ou revista, materiais acessíveis na rotina de atendimento (por exemplo, o instrumental para exame ginecológico) e amostra de cada contraceptivo disponível. Dessa forma, a criatividade e o envolvimento do provedor com o seu público-alvo, podem ser fatores determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde (MOURA; SOUSA, 2002).

2. 5 Saúde da Mulher

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigo, pois são também cuidadoras. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais (COSTA, 1999).

Na sede do município ao qual desenvolveu – se a pesquisa, a maioria das mulheres não trabalha fora de casa, elas são cuidadoras dos seus lares, mas no distrito no qual minha equipe atua, a maior parte da população feminina trabalha na confecção de peças íntimas, a maioria começa a trabalhar a partir dos 12 anos de idade, nota – se a diferença do estilo de vida das mulheres nestas duas localidades, enquanto que na sede do município as mulheres são submissas aos maridos, casam por volta dos 13 anos de idade, tem em média 3 filhos, no Sítio Alegre é o contrário, as mulheres começam a ter independência financeira

desde os 12 anos, são mais vaidosas, tem um grau escolar mais alto, casam por volta dos 18 anos de idade e a média de filhos é de 2 por família.

O número de gestantes no município é bastante elevado, tendo unidade de saúde com uma média de 50 gestantes, essas mulheres necessitam de uma atenção toda especial, por isso devemos oferecer apoio emocional, esclarecimentos de dúvidas sobre a gestação, parto, puerpério, os exames a serem realizados, a finalidade de cada um deles, a aplicação da vacina antitetânica, dentre outros assuntos a serem abordados nas consultas de pré – natal.

O pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2006).

Na saúde da mulher, além do acompanhamento da saúde reprodutiva, também deve haver uma maior preocupação com a prevenção do câncer de mama e de útero, atenção à mulher no climatério, e outros assuntos de suma importância para a saúde e o bem estar da mulher.

O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2010 será de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (INCA, 2009). Nas unidades de saúde de Morrinhos, é realizado o exame de prevenção do câncer ginecológico, que engloba a coleta do papa Nicolau e o exame das mamas, quando é encontrado algo de patológico em qualquer dos exames, a paciente é encaminhada para consulta ginecológica e tratamento adequado.

Outro assunto que é considerado de relevância na saúde pública é a violência contra a mulher, que vem crescendo de maneira assustadora e a maioria de seus agressores são companheiros ou ex – companheiros. De acordo com o jornal Diário do Nordeste, o número de mulheres assassinadas aumentou em 12,5%, comparado ao ano de 2009, em que 136 mulheres foi o total das vítimas no Estado do Ceará para 153 no ano de 2010.

Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque tem, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves.

Para Schraiber (2007), os atos de violência física foram classificados conforme sua gravidade segundo estudo da OMS:

- ato moderado: ameaças, desde que não relativas a abuso sexual e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física na forma de empurrões, tapas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões;

- ato severo: agressões físicas com lesões temporárias; ameaças com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras e uso de arma.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, acredita-se que o primeiro passo para abordá-lo é tirá-lo da invisibilidade. Algumas medidas têm sido propostas para diminuir a sua invisibilidade nos serviços de saúde. Reconhecendo a violência de gênero como problema de saúde pública, a OMS propõe que haja capacitação de profissionais para reconhecê-la e abordá-la por meio do acolhimento; reconhecer a integridade das mulheres como sujeitos com direitos humanos; informá-las sobre os recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas-abrigo; e reconhecer as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade (MARINHEIRO et al., 2006).

2.6 Saúde Mental e Violência

Podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica iniciou seu percurso na década de 70, durante a ditadura militar, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como consequência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários onde havia ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da coisa pública – e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais (AMARANTE, 2005).

Ferreira (2007) relata que o início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu, pois, no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, ante o fortalecimento da sociedade civil que Gramsci chamou de “a hegemonia política e cultural de um grupo cultural sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado” (citado por Bobbio, 1999). Portanto, pode-se dizer que a Reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país.

A Reforma Psiquiátrica exige que as residências terapêuticas se desenvolvam através de atividades que permitam maior trânsito dos moradores pela cidade. Dessa forma, a comunidade e a cidade se tornam protagonistas do processo de reabilitação e de construção da rede social como característica importante na mudança da vida cotidiana dos pacientes. Deixou – se o pensamento hospitalocêntrico de lado e se começou a trabalhar numa maneira em que o paciente com problemas mentais ficasse em seu lar, tendo um acompanhamento completo para suas necessidades. A partir deste pensamento o Programa de Saúde Mental do município de Angra dos Reis, criou em 1996 um projeto “De Volta para Casa” que objetiva a volta das pessoas com transtornos psíquicos que se encontravam internadas nos hospitais para suas comunidades, depois que Angra dos Reis foi pioneira neste projeto, o governo federal criou a lei 10.708, intitulada “De Volta Para Casa”, em 2003, para beneficiar pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2005).

Em 2002, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº. 336 que definem as seguintes modalidades de CAPS: CAPS- I, CAPS- II E CAPS-II, ainda os CAPSi e CAPS ad, por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os três cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental- responsabilizar-se sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidado em saúde mental no âmbito de seu território – devendo estar capacitado para realizar prioritariamente o atendimento aos clientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (LANCETTI; AMARANTE, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas praticas.

Para Amarante e Torres (2005), define o CAPS como um projeto terapêutico que requer responsabilidade pela demanda, que tem dois aspectos. Primeiro, a não separação entre prevenção/tratamento/reabilitação. Segundo, o atendimento a crise, que não se limita ao atendimento das emergências que chegassem ao pronto socorro. É a partir desses princípios que se pretende um serviço substitutivo ao modelo manicomial.

O CAPS destina-se ao atendimento em municípios com a população entre 20 mil e 70 mil habitantes, funciona de 8 às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana, sua equipe técnica mínima atende a 20 clientes por turno e é composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior – entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio, técnico e / ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

As atividades realizadas nos três níveis de CAPS incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras) atendimento a família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente na comunidade e/ou a inserção familiar e social. Segundo dados do Ministério da Saúde, existem 800 CAPS implantados no país (OLIVEIRA, 2002).

O Surgimento da enfermagem psiquiátrica se deu em 1873, quando Linda Richards formou-se pelo programa de enfermagem do New England Hospital for Womem and Children em Boston, nos EUA. Ela veio a ser conhecida como a primeira enfermeira psiquiátrica norte-americana. Richards foi fundamental no estabelecimento de diversos hospitais psiquiátricos durante sua carreira, assim como da primeira escola de enfermagem psiquiátrica no McLean Asylum em Waverly, Massachusetts, EUA, em 1882. O foco nesta

escola, e naquelas que a seguiram, era o “treinamento” em como proporcionar cuidados custodiais para clientes em asilos psiquiátricos- treinamento que não incluía o estudo de conceitos psicológicos. Mudanças significativas só vieram a ocorrer em 1955, quando a incorporação da enfermagem psiquiátrica a seu currículo tornou-se obrigatória para todas as escolas de enfermagem em nível de graduação nos EUA. (STUART; LARAIA, 2001)

Stuart e Laraia (2001), dizem ainda que a enfermagem é prática historicamente estruturada e constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, dentre os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de forma a proporcionar estas mudanças está à enfermagem psiquiátrica, a qual assume inúmeras atividades na promoção deste serviço.

2.7 Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

De acordo com Pimentel (2003), a crise ambiental desafia algumas categorizações modernas, construídas com a finalidade de organizar a realidade, dentre as quais cabe destacar o par, natureza – sociedade. Fenômenos como o efeito estufa, o buraco na camada de ozônio não podem ser considerados exclusivamente sociais, tampouco naturais a própria noção de Desenvolvimento Sustentável, introduzida pelo Relatório "Nosso Futuro em Comum", propõe a incorporação das questões ambientais à agenda política internacional, articulando o futuro das multidões famintas, a desigualdade social com a finitude dos recursos naturais.

Pimentel (2003) diz ainda que a separação entre questões sociais e naturais, cancelada pela crise ambiental, conduz diretamente à problemática da modernidade. Os esforços modernos, em boa parte, tentaram consagrar a concepção de uma sociedade oposta ao mundo natural. O projeto moderno de dominação da natureza visto sob este ângulo decorre dessa oposição, constituindo uma tentativa de estender a ordem social aos domínios que eram considerados destituídos de finalidade e valor. Assim, o desejo moderno de promover revoluções no âmbito político e científico foi determinado pelo ideal de uma compreensão puramente racional da realidade, que seria capaz de combater as ilusões e dogmatismos associados às sociedades tradicionais. As revoluções políticas afirmariam o livre arbítrio humano, as científicas desvelariam os fatos naturais.

A preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais é evidente desde a Antiguidade, envolvendo problemas tais como os efeitos do clima no balanço dos humores do corpo, os miasmas, as sujeiras e os odores. Assim, sempre esteve presente nos diferentes discursos e práticas sanitárias que se constituíram como respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. Essa preocupação parece se acentuar particularmente entre meados do século 18 e meados do século 19, quando os problemas ambientais sobre a saúde estiveram associados aos efeitos do rápido e intenso processo de industrialização e urbanização que passaram a incidir nas condições de vida e trabalho. Nesse período, as preocupações e estratégias sanitárias tinham por base a teoria dos miasmas, para a qual as sujeiras externas e os odores detectáveis deveriam ser reduzidos ou eliminados Para deter a disseminação das doenças (FREITAS, 2002).

Devemos ver a saúde ambiental no seu mais amplo conceito, pois além de levarmos em consideração o meio ambiente como espaço no qual vivemos ele também é o

local onde trabalhamos e os acidentes de trabalho são uma das maiores causas de deficiência parcial/permanente existente hoje no país.

Os acidentes de trabalho rememoram das primeiras atividades do homem voltadas à sua sobrevivência: a caça e a coleta. Os primitivos ancestrais do homem passavam por toda forma de penúria para conseguirem seu sustento. Na medida em que se deu a evolução dos processos de produção aumentaram os riscos de acidentes do trabalho. Todavia, foi a partir da Revolução Industrial, que se verificou a intensificação da degradação do meio ambiente natural e humano, aumentando assim a exposição dos seres humanos aos riscos do trabalho. E atualmente, em plena época da globalização, embora algumas empresas tenham implantado e implementado com sucesso as normas de segurança e medicina do trabalho, o índice de acidente ainda é altíssimo e aviltante (BOSI, 2007).

Ainda segundo Bosi (2007), a globalização da economia e as mudanças no mercado e no Direito do trabalho, com precariedade das condições de segurança ambiental no trabalho, mais o modismo da flexibilização das normas trabalhista e a filosofia neoliberal do governo federal são responsáveis por esses resultados desastrosos que mantêm o país no ranking mundial em infortúnios do trabalho. É preciso, portanto, ao contrário da flexibilização desordenada, tornar o direito laboral mais forte, para fazer frente aos avanços ilimitados dos interesses do capital, principalmente para a proteção daquilo que parece ser essencial, qual seja, a manutenção do emprego, não qualquer emprego, mas um emprego que preserve a dignidade da pessoa, que aliás, trata-se de princípio fundamental da República Federativa.

2.8 Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada, cobrindo a maior parte da população, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Ou seja, a previdência social, ainda incipiente, prestava, em caráter complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente. Algumas populações, como aquelas na zona da borracha, eram assistidas por Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp). Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência versus saúde pública. Anos mais tarde, alguns institutos de previdência passaram a ter serviços próprios, com um modelo baseado na livre demanda. A assistência planejada, voltada para os escolares, introduzida pelo Sesp no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (SERRA, 1998).

Anteriormente à criação do SUS, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado. Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente (NICKEL et al., 2008). Pires (2004) acredita que a criação do SUS representou o "rompimento com a lógica da assistência vinculada aos interesses do patronato e com a ação curativista".

Mas a realidade ainda é muito complicada, devido à falta de cultura que as pessoas tem em cuidar da saúde bucal, isso devido a exclusão da população pobre aos serviços de saúde bucal, então encontra – se facilmente nas UBS pessoas que têm o pensamento de ir ao odontólogo apenas quando existir alguma queixa, não veem como prevenção, somente como procedimentos curativos. Este pensamento é encontrado até mesmo entre os gestores costumamos perceber esta falta de preparo. Mas a parte da população que tem maior dificuldade de tratar da saúde bucal são os idosos e sua situação ainda é precária no

Brasil, pois não há programas voltados para esse grupo. Brasil (2010) mostra que mais de 3 milhões de idosos necessitam de prótese total (nas duas arcadas) e outros 4 milhões precisam usar prótese parcial (uma das arcadas).

Em um contexto de abandono e de dificuldades, uma das áreas que poderiam ser melhor exploradas é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal.

A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (ROSA et al., 1992)

Segundo Colussi e Freitas (2002), o índice CPOD – que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos – foi construído para estimar a prevalência de cárie em jovens e adultos com pouca perda dental, e no caso dos idosos, o componente “P” acaba englobando as perdas dentárias por outras causas, apesar da cárie constituir um importante fator na perda dentária em todas as faixas etárias. Mesmo apresentando essas limitações, o CPOD continua sendo o índice-padrão para a avaliação da severidade da cárie também nas populações de idosos. O serviço público necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os quais se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. A implementação de um serviço de prótese dentária no setor público é uma medida viável e que deveria ser encarada como profilática, uma vez que a falta de dentes acarreta outros problemas de saúde, agravando os já existentes e piorando a qualidade de vida da população idosa brasileira.

Colussi e Freitas (2002) afirmam ainda que os serviços públicos são incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam a população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis.

2.9 Atenção Básica de Saúde à Pessoas com Deficiência

De acordo com Amiralian et al.(2011), deficiência é perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

A ONU diz que há cerca de 500 milhões de deficientes no mundo e que 80% vivem em países em desenvolvimento. Os dados do censo 2000 informam que 24,5 milhões de brasileiros são portadores de deficiência, 14,5% da população, distribuídos da seguinte forma: deficiência mental (11,5%), tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,44%), falta de um membro ou parte dele (5,32%), alguma dificuldade de enxergar (57,16%), alguma dificuldade de ouvir (19%), alguma dificuldade de caminhar (22,7%), grande dificuldade de enxergar (10,50%), grande dificuldade de ouvir (4,27%), grande dificuldade de caminhar (9,54%), incapaz de ouvir (0,68%), incapaz de caminhar (2,3%), incapaz de enxergar (0,6%) (NERI, 2003).

Vivencia – se ainda um grande preconceito para com os deficientes, muito embora este esteja sendo minimizado com os programas de inclusão social, mas pode – se perceber que a maioria dos serviços de saúde não tem estrutura para atender a estas pessoas. Isto é uma vergonha, pois os profissionais trabalham a inclusão social com a população e quando um cadeirante necessita de atendimento tem que ser solicitado visita domiciliar, pois este não tem como se fazer presente nas unidades de saúde, ou até mesmo passarem pelo constrangimento de serem carregados no colo para adentrarem nestas unidades.

Segundo França & Pagliuca (2009), no Brasil a transição do modelo educacional para o modelo inclusivo é tributária da Constituição de 1988 que institui um dos princípios do ensino a igualdade de condições, acesso e permanência na escola, elegeu a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, e como objetivos fundamentais, a promoção do bem comum sem quaisquer formas de preconceito e discriminação. Aos distantes da Constituição somaram – se a Declaração de Salamanca, a Lei Nº 9394/96 que trata das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, dentre outras. Esses documentos legais recomendam a inserção da PcD na escola regular como uma prática estimuladora da inclusão social e como o modo de extinguir a segregação dessas pessoas. E

estabelecem que a demanda de educação especial só deve existir para aqueles alunos com deficiência grave e, portanto, considerados incapazes de inclusão na educação regular.

A legislação garante acesso à promoção da saúde, visita domiciliar, atendimento médico diferenciado e programas de saúde específicos, mas infelizmente não é isso que acontece na prática, pois ainda se encontra profissionais que negam prestações de serviços a este grupo de pessoas, mas quem se nega muitas vezes não sabe que é considerado crime, punível com reclusão de um a quatro anos e multa, recusar, retardar ou dificultar de alguma forma o acesso da pessoa portadora de deficiência física ao serviço de saúde, ou negligenciar assistência médico-hospitalar e ambulatorial, quando possível, a essas pessoas (BRASIL, 1989).

Pagliuca et al (2007), diz que embora pessoas portadoras de deficiência física estejam sempre presentes na comunidade, na assistência hospitalar e na docência, isto não garante sensibilização e reflexão dos profissionais da saúde sobre as dificuldades encontradas por elas no dia-a-dia. Na reflexão sobre as necessidades destas pessoas dentro dos hospitais, particularmente quando em situação de doença, percebeu-se as barreiras arquitetônicas que comprometem o acesso e a mobilidade dos portadores de deficiência física quando hospitalizados.

2.10 Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Multidisciplinaridade seria o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Pluridisciplinaridade seria a justaposição de diferentes disciplinas em um processo de tratamento de uma temática unificada, desenvolvendo relações entre si. Os objetivos seriam comuns, os campos disciplinares estariam situados em um mesmo nível hierárquico, haveria uma perspectiva de complementaridade, sem ocorrer coordenação de ações ou pretensão de criar uma axiomática comum. Interdisciplinaridade implicaria em uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas cujas relações seriam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Exigiria identificação de um problema comum, levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e uma plataforma de trabalho conjunto. (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Estamos vivenciando uma preocupação com a humanização dos profissionais de saúde, mas devemos levar em consideração que muitos são os motivos para que esses profissionais desumanizem – se. A começar pelas relações hierarquizadas e assimétricas que a realidade institucional lhes impõe. As rotinas de trabalho que muitas vezes submetem o profissional a turnos pesados. O acúmulo de mais de um emprego devido aos baixos salários, além de problemas nas relações de trabalho decorrentes, muitas vezes, da falta de solidariedade, de apoio mútuo em situações de difícil manejo e enfrentamento, além do despreparo da equipe para atuar no âmbito da interdisciplinaridade.

O trabalho interdisciplinar é uma alternativa importante para resolver não apenas os problemas da assistência, mas também os problemas que ocorrem no âmbito das relações interprofissionais, pois na medida em que cada profissional torna-se consciente de que não pode, por motivos técnicos ou pessoais, enfrentar certos obstáculos por si só, e para isto solicita a ajuda da equipe de trabalho, que por sua vez se dispõe a tomar a resolução do problema como uma tarefa de equipe, tem-se o exercício da interdisciplinaridade, fazendo assim, que o profissional sinta apoio na sua equipe e divida a responsabilidade de um caso (MATOS, 2001).

De acordo com Goldim (2001), o Prof. David Roy, do Canadá, em 1979, acrescenta uma nova característica à Bioética, pois afirmava que esta é o estudo interdisciplinar do conjunto das condições exigidas para uma administração responsável da

vida humana, ou da pessoa humana, tendo em vista os progressos rápidos e complexos do saber e das tecnologias biomédicas. O reconhecimento da Bioética como um campo interdisciplinar foi fundamental. O próprio Prof. Potter já havia afirmado que a bioética era uma ética interdisciplinar, constituindo-se em uma ponte entre a ciência e as humanidades.

O autor afirma ainda que as novas práticas de atenção à saúde são cada vez mais exercidas por equipes de profissionais, pressupondo a integração dos mesmos em um fazer comum. A Bioética surge, neste contexto, com os dilemas oriundos do exercício destes profissionais. A Bioética não se utiliza simplesmente dos conhecimentos de outras ciências, mas cria um espaço de diálogo interdisciplinar, ou seja, de colaboração e interação de diferentes áreas de conhecimento. A Bioética tem uma abordagem interdisciplinar. Edgar Morin, falando a respeito da sua postura interdisciplinar afirmava: “Minhas viagens através dos territórios do conhecimento fizeram de mim um contrabandista do saber, e é por isso que os sentinelas atiram em mim”. A resistência de alguns setores em compartilhar saberes realmente pode provocar tal tipo de posicionamento. A Bioética aborda os novos problemas de forma contemporânea. A simples repetição das respostas tradicionais pode ser inadequada. Ela estimula novos patamares de discussão e de reflexão, que podem vir a possibilitar soluções adequadas. A não repetição de respostas não significa que o passado não tenha importância. A memória é um dos fundamentos da interdisciplinaridade. A memória deve ser vista como um processo de contínua reconstrução. A memória não garante a precisão da objetividade, mas garante a riqueza da subjetividade que lhe dá fidedignidade. O movimento dialético, inerente a interdisciplinaridade, permite rever o velho para torná-lo novo. Em todo conhecimento novo sempre existe algo de antigo. Novo e velho são faces da mesma moeda. O importante é resgatar e visitar nossas experiências.

3. CONCLUSÃO

A especialização em Saúde da Família proporcionou uma mudança positiva na visão dos profissionais no que dizia respeito à AB, pois amplia os conceitos a respeito dos temas trabalhados e fez perceber o importante papel do Enfermeiro atuante nesse nível de atenção. Em especial, pôde – se compreender em profundidade aspectos até então desconhecidos sobre a atenção aos usuários portadores de deficiências. Através da reflexão dos temas estudados foi possível identificar os principais nós que obstaculizam as boas práticas em AB.

Vimos à importância de relatar sobre a qualidade da assistência na AB, pois pode nos levar a reflexão abrangente no que diz respeito a qualidade de vida das famílias atendidas, principalmente no grande desafio que terão que enfrentar os profissionais inseridos na ESF para colaborar na melhoria da qualidade de vida desta comunidade.

Acredita – se que a ESF oferece uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de atividades de Educação em Saúde. Almeida (2001) recomenda a sistematização do componente educação em saúde, pelas equipes de PSF, sugerindo a aplicação de uma metodologia de educação popular, formando grupos de interesses comuns, oportunizando discussões com a comunidade e promovendo a aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.

No que diz respeito a qualidade na assistência, é facilmente identificado que a AB proporcionou mudanças significativa na qualidade de vida dos usuários do SUS, pois inseriu as equipes de saúde na comunidade, fazendo com que a população pudesse intervir de modo positivo no seu processo saúde – doença.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P e col. **Loucos pela vida- a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil.** Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005.

BOBBIO, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade Civil.** Paz e Terra. São Paulo, 1999

BOSI, N. **Acidente de trabalho.** Universo Jurídico. Nova Venécia, 2007 Disponível em: <www.univen.edu.br/revista/universo_juridico_01.pdf#pag=89> Acesso em: 19/09/2011

BRASIL, M. J. Lei 7.853, de 24 de Outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE)** [legislação na internet]. Brasília, 1989 Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/109358/lei-1953-89> Acesso em: 30/07/2011

BRASIL, M. S. **Brasil sorridente: A saúde bucal levada a sério.** Brasília, 2010. Disponível em: <ab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf> Acesso em: 30/08/2011.

BRASIL, M. S. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2004

BRASIL, M. S. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2004 Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.psf> Acesso em: 15/09/2011

BRASIL, M. S. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997

CARVALHO, G. I; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis n. 8080 e n. 8141/90).**Unicamp. Campinas, 2002

COLUSSI, C. F; FREITAS, S. F. T. **Aspectos epidemiológicos da Saúde Bucal do idoso no Brasil.** Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil.** Brasília, 1999

DANTAS, R. A. S; SAWADA, N. O; MALERBO, M. B. **Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo.** Rev Latino – Am de Enfermagem v11n4. São Paulo, 2003

FARIA, H. P; COELHO, I. B; WERNEC, M. A. F; SANTOS, M. A. **O que é modelo?** UFMG. Belo Horizonte, 2008

FERREIRA, G. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política.** Rev de Psicanálise.v4.n1. Juiz de Fora, 2006 Disponível em: <www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas107/REFORMA.pdf> Acesso em: 16/09/2011

FRACOLI, L. A; EGRY, E. Y. **Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde.** Rev. Latino – Am. Enfermagem.v9.n5. Ribeirão Preto, 2001

FRANÇA, I. S. X; PAGLIUCA, L. M. F. **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquista, desafios e implicações para a enfermagem.** Rev Esc Enfermagem USP. São Paulo, 2009

FREITAS, F. C. **Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2003 Disponível em: <www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n1/a11v08n1.pdf> Acesso em: 16/09/2011

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf Acesso em: 30/09/2011

GOLDIM, J. R. **Conceitos fundamentais: da moral à Bioética.** Disponível em: <www.slidefinder.net/C/concei/31095902> Acesso em: 27/07/2011

INCA. **Estimativa 2010.** Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5> Acesso em: 21/10/2011

LANCETTI, A. AMARANTE. P. **Saúde mental e saúde coletiva.** Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

MATTOS, E. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Abrasco. Rio de Janeiro, 2001

MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E; ONOKO, R. Organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. Hucitec. São Paulo, 1997.

NERI, M. **Retrato da deficiência no Brasil.** FGV/IBRE. Rio de Janeiro, 2003 Disponível em: <www.fgv.br/CPS/artigos/Conjuntura/2003/Retrato%20da%20Defici%C3%AAncia_Jul2003_RCE.pdf> Acesso em: 31/07/2011

NICKEL, D. A; LIMA, F. G; SILVA, B. B. **Modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil.** Cad. Saúde Pública. v24n2. Rio de Janeiro, 2008

OLIVEIRA, A. G. R. C; SOUZA, E. C. F. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial.** In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, organizadora. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. EDUFRN. Natal, 1997 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200002&script=sci_arttext> Acesso em: 13/09/2011

OLIVEIRA, B. F. **Construindo saberes e práticas de saúde mental.** João Pessoa, 2002.

PAGLIUCA, L. M. F; ARAGÃO, A. E. A; ALMEIDA, P. C. **Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará.** Rev Esc Enfermagem USP. São Paulo, 2007 Disponível em: <www.medicina.ufc.br/moodle/file.php/398/Material_Complementar_Aula_04/1_-_06.pdf> Acesso em: 20/09/2011

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde do Brasil.** Anna Blume. São Paulo, 1998

PIRES, R. O. M. **A Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família.** Caruaru, 2004 Disponível em: <www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_did%C3%A1ticos/body/v04n1td1.html> Acesso em: 10/09/2011

ROCHA, S. M.M M; ALMEIDA, M. C. P. **O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade.** Rev Latino – Am. Enfermagem v8n6. Ribeirão Preto, 2000

ROSA, A. G. F; FERNANDEZ, R. A. C; PINTO, V. G; RAMOS, L. R. **Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo/Brasil.** Rev de Saúde Pública. São Paulo, 1992 Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/11004.pdf> Acesso em: 31.08.2011

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P; FRANÇA – JÚNIOR, I; PINHO, A. A. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** Ver. Saúde Pública. São Paulo, 2007

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde:** análise de três experiências recentes: Niterói, Campina e Curitiba. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td_1998_serra.pdf> Acesso em: 31/08/2011

SERRANO, A. I. **O que é medicina alternativa?** Abril. São Paulo, 1985

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil:** uma agenda incompleta? Ciênc saúde coletiva [online], 2009. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&Ing=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 22/09/2011

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

STUART ,G . W; LARAIA,M,T. **Enfermagem Psiquiátrica- Princípios e Prática.** Artmed. Rio de Janeiro, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. Curso de especialização em saúde da família: avaliação na EaD. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf2/ead/aula_04/> Acesso em: 06/06/2011

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde.** 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf> Acesso em: 15/09/2011