

Fases do Ciclo Vital: características, vulnerabilidade e cuidado

Ana Lúcia de Moura Pontes
Manoel Martins

Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS (1988) – tem como referenciais a universalização e a integralidade das ações desenvolvidas, mas, desde o seu início, convive com a contradição da saúde ser, ao mesmo tempo, vista como um bem público e como uma mercadoria. Políticas neoliberais – como a do estado mínimo –¹ dificultam a percepção da importância de se ampliar o foco das ações no setor da saúde para contribuir para o processo de cidadania e de inclusão social.

Além disso, apesar de o processo de intervenção na área da saúde haver se ampliado com a influência das contribuições do campo da saúde coletiva, muitas vezes, ainda, se repete a norma disciplinadora típica do paradigma higienista da saúde pública, praticada nos dois últimos séculos. Assim, o conceito de saúde como potência de vida não é levado em consideração e não se incentiva o estímulo à autonomia dos indivíduos sobre suas vidas.

Os programas na área da saúde frequentemente se apresentam com um padrão teórico uniforme (estrutura vertical de programas e ações focais) e muitas vezes ignoram as experiências desenvolvidas nos níveis locais. Ademais, também se percebe uma repetição do modelo educacional hegemônico² nas práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos serviços e na comunidade, o que também contribui para a perpetuação das desigualdades sociais. Nessa dimensão, alertamos para a necessidade da reflexão e discussão

¹ Sobre a crise do Estado de Bem-Estar Social e o neoliberalismo, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

² Sobre as diferentes concepções de educação, ver Morosini, Fonseca e Pereira, texto “Educação e saúde na prática do agente comunitário de saúde”, no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

das atuais práticas educativas desenvolvidas pelos ACS, já que as mesmas constituem o principal grupo de atividades dos mesmos.

Porém, ao pensarmos no cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família, observaremos que, no dia-a-dia, eles buscam responder às necessidades de saúde³ de homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Assim, como a execução dessas práticas de cuidado no cotidiano se relaciona com as críticas que pontuamos anteriormente?

Esse é o desafio deste texto. Consideramos que é dentro das práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano pelos profissionais de saúde que podemos encontrar uma produção de autonomia, participação e respeito ou a reprodução das desigualdades, perpetuação dos privilégios de grupos e privação de direitos dos indivíduos e grupos populacionais.

Assim, temos como principal objetivo a construção de um 'olhar' diferenciado sobre as diferentes fases do ciclo vital. Para além da atuação e estruturação dos programas de saúde voltados para as crianças, adolescentes, mulheres, adultos ou idosos, pretendemos contribuir para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) em formação seja sensível às diferentes necessidades dos sujeitos nas distintas fases de sua vida.

Dessa forma, este texto está estruturado em três partes: inicialmente realizamos uma discussão sobre cuidado em saúde, vulnerabilidade e promoção em saúde, em seguida uma reflexão sobre a definição das fases da vida, e por fim, por meio de uma discussão de casos, realizamos uma problematização sobre o cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Desde já, antecipamos que não nos aprofundaremos no detalhamento dos programas de saúde da criança, mulher, adulto e idoso após a discussão de cada caso. Por isso, ao final do texto, colocamos indicações de referências do Ministério da Saúde disponíveis na internet.

Considerações acerca do Cuidado, da Promoção à Saúde e da Vulnerabilidade

Trabalhamos aqui com uma concepção ampliada de saúde, considerando, principalmente, o contexto social da infância, adolescência, vida adulta e velhice

³ Sobre necessidades de saúde, ver Silva, Gomes e Batistella, texto "Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

no Brasil atual. Lembrando que é impossível abordar cada uma dessas fases como homogêneas e semelhantes em todos os tempos e territórios. Principalmente, enfatizamos os limites de nossa abordagem, pois em cada comunidade existirão percepções e realidades próprias da infância, adolescência, maturidade e velhice, que também são dinâmicas e estão em transformações. Nesse sentido, o entendimento do conceito de cultura pode ser uma ótima ferramenta para o trabalho dos ACS, a fim de que possam entender suas próprias realidades cotidianas. Destacamos isso, pois percebemos que as formações da área da saúde tradicionalmente tendem a homogeneizar e tornar estáticos processos que são sociais, históricos e culturais, ou seja, dinâmicos.

Portanto, nossa abordagem das fases do ciclo vital se posiciona criticamente em relação à medicina científica moderna,⁴ que frequentemente foi tomada como base para as profissões da saúde. Atualmente, a área da saúde se tornou um campo de especialistas, fragmentando o cuidado em saúde. Progressivamente as práticas de saúde se estruturaram em bases impessoais e objetivas da tecnologia material.

Nesse modelo de produção da saúde, indica-se “como válidos para resolverem problemas de saúde os conhecimentos centrados no corpo biológico (...), isto significou a organização de serviços de saúde centrados no saber e na pessoa do médico que operam através de uma excessiva carga prescritiva” (Franco, 2003).

Esse modelo biomédico, expresso tanto no ensino quanto nas práticas de saúde, busca restaurar no indivíduo uma norma com base na anatomia-patológica. Para isso, entende o corpo humano como uma máquina e exclui toda a subjetividade da experiência do adoecer. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Foucault (1995) e Canguilhem (1990) analisaram a constituição dessa medicina moderna, base das práticas de saúde ainda hoje. Ademais, esse modelo levou à desvalorização e descrédito das demais práticas de saúde e cuidado existentes, como dos xamãs, curandeiros, parteiras, acupunturistas, homeopatas, entre outros.

⁴ Sobre o surgimento da medicina científica moderna, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde” no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Entretanto, ressaltamos que o que ocorre no campo da saúde é o encontro entre um profissional de saúde e um usuário, ou seja, o processo de trabalho em saúde deveria ocorrer a partir, e centralmente, neste encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginário. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas com base em suas ferramentas, tecnologias, disponíveis.

Porém, sabemos que atualmente se observa que o trabalhador é capturado pela centralidade dos usos dos equipamentos e dos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 2002). O cuidado frequentemente está limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, o que gera uma hierarquia e dependência no trabalho dos demais profissionais. E o usuário é percebido como um objeto, substrato, no qual são realizados esses procedimentos. Assim, o projeto terapêutico⁵ produzido por essa medicina tecnológica é “um somatório de atos fragmentados sobre um usuário insumo” (Merhy, 2002: 103).

Diante de um determinado problema de saúde, na produção de um ato de saúde, um profissional de saúde mobiliza seus saberes e modos de agir tendo em vista diversos núcleos. Primeiramente, o núcleo de saberes acerca do problema específico que vai enfrentar, sobre o qual irá utilizar os recursos do núcleo de saberes e práticas específicos de seu campo profissional, e ambos cobertos pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer. Este núcleo das atividades cuidadoras de saúde é o território dos processos relacionais, engloba o uso das tecnologias leves que todo profissional pode exercer, e que é o campo principal dos ACS.

Segundo Merhy (2002), atualmente encontramos essa dimensão cuidadora muito reduzida, ou seja, o modelo assistencial que predomina nos dias de hoje é organizado pelo núcleo específico por problema do profissional médico. E a ação dos demais profissionais tem seus núcleos de competência específica subsumidos à lógica médica⁶ (Merhy, 2002).

⁵ Utilizamos a definição de Franco (2003: 179-180): “projeto terapêutico é sempre um conjunto de atos pensados; nesse sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente pelos profissionais”.

⁶ Vale a pena ressaltar aqui que a medicina moderna tem forte influência do chamado modelo flexneriano de ensino médico, que tem como características: privilegiar o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, com uma sólida formação em ciências básicas, concentração nos aspectos da atenção individual, aprendizagem prática em ambiente hospitalar, com saberes e práticas estruturados em torno das especialidades médicas (Silva Jr., 1998).

FASES DO CICLO VITAL (...)

É nessa perspectiva de entendimento do processo de trabalho em saúde como um ato vivo, estruturado pela modelagem de diversas valises tecnológicas,⁷ com base em núcleos de competência específicos por profissional associado à dimensão cuidadora de todo trabalhador de saúde que estruturamos nosso eixo de análise do cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Compreendemos que o trabalho do ACS se encontra principalmente nesse território comum de cuidado, com ênfase no uso das tecnologias leves, da escuta ativa, vínculo e responsabilização. E, com a formação técnica, esse profissional ganhará recursos do ponto de vista das tecnologias leve-duras (saberes disciplinares).⁸

Desta maneira, encontramos alguns desafios para a transformação dos modelos de atenção à saúde. Em um primeiro sentido, apresentado por Mattos (2001), busca-se romper com um modelo de atenção centrado nos aparelhos ou sistemas anatomofisiológicos, que apresenta uma abordagem fragmentária e reducionista, desconsiderando as dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos, privilegiando somente os aspectos biológicos.

Afinal, como Morin (2002: 40) destacou:

O que há de mais biológico – o sexo, o nascimento, a morte – é, também, o que há de mais impregnado de cultura. Nossas atividades biológicas mais elementares – comer, beber, defecar – estão estreitamente ligadas a normas, proibições, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja, o que há de mais especificamente cultural; nossas atividades mais culturais – falar, cantar, dançar, amar, meditar – põem em movimento nossos corpos, nossos órgãos; portanto, o cérebro.

Desta forma, o primeiro desafio que se impõe é a capacidade de apreender os usuários e suas necessidades de modo mais integral e amplo. Assim, a atitude do profissional diante de um usuário que o procura por causa de um sofrimento específico, mas que aproveita o encontro para perceber outras necessidades relacionadas com fatores de risco de outras doenças e investigar a presença de outras patologias que ainda não se manifestaram, representa um dos sentidos da integralidade (Mattos, 2001). Esse movimento é uma busca de

⁷ Merhy propõe pensarmos que o profissional de saúde se utiliza de três tipos de tecnologias, as tecnologias duras (equipamentos, exames), as tecnologias leve-duras (saberes disciplinares) e tecnologias leves (dimensão relacional).

⁸ Sobre o conceito de tecnologia, ver também Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

romper com a tradicional separação entre as práticas de saúde pública e a assistência que existiu na história das políticas de saúde no Brasil.⁹ E a organização do trabalho de uma equipe de modo a garantir essa integração é tão importante quanto uma postura individual de cada profissional.

Por isso, um outro sentido da integralidade defendido por Mattos (2001) diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde de uma população. Os serviços devem estar organizados para responder às doenças de uma população, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico, por meio de diretrizes programáticas e também realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Ou seja, outro desafio das práticas dos serviços estaria na capacidade de articulação e resposta às demandas espontâneas e às demandas programadas. Dentro desse contexto, entendemos que, se a ênfase do trabalho dos ACS seria na promoção e prevenção, essa atuação não deve se desarticular das ações de tratamento e recuperação da saúde. Assim, partimos de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes.

As bases da discussão da promoção da saúde estão nos trabalhos de sanitaristas do século XIX, como Villermé, Chadwick e Virchow. Sendo que esse termo, 'promoção da saúde' foi utilizado pela primeira vez por Henry E. Sigerist, em 1945, e ganhou maior importância a partir da divulgação do Informe Lalonde (1974). O Informe Lalonde ressalta que o campo da saúde engloba quatro grandes elementos: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. E propõe que a estratégia promoção da saúde enfoque as mudanças dos estilos de vida, diferentemente da prevenção, que seria a proteção da saúde frente às ameaças procedentes do meio ambiente (Terris, 1996).

Em 1986, reconhecendo a importância das condições de vida e das causas gerais como determinantes da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organiza a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como principal produto a Carta de Otawa. Segundo a Carta de Otawa, a promoção da saúde envolve atividades voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desen-

⁹ Sobre a história das políticas de saúde, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

volvimento da saúde, além do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades de participarem deste processo (Buss, 2000). Logo, promoção da saúde compreende ações do âmbito global de um Estado e, por outro lado, a singularidade e autonomia dos sujeitos (Czeresnia, 1999).

Ademais, o reconhecimento de que a saúde nos remete à dimensão existencial, social e ética sugere que possivelmente não conseguiremos elaborar uma nova teoria científica que contemple todas estas dimensões, porém existem propostas que articulam conceitos de outras áreas que podem nos auxiliar na compreensão e atuação diante dos problemas de saúde (Czeresnia, 1999).

O conceito de vulnerabilidade¹⁰ nos parece ser um exemplo de uma percepção mais ampliada e reflexiva dentro do campo da saúde. Esse termo é originário da área de direitos humanos e designa “em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (Alves apud Ayres et al., 2003: 118). Atualmente, esse conceito tem sido incorporado principalmente nas discussões sobre prevenção de Aids, e nesse texto procuraremos ampliar seu uso. Dentro dessa conceitualização, por exemplo, a avaliação da suscetibilidade à infecção e adoecimento por HIV é entendida como uma resultante de componentes individuais, sociais e programáticos da saúde. Assim, este conceito busca explicitar as relações partes-todo, expressando “os ‘potenciais’ de adoecimento/ não-adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições” (Ayres et al., 2003: 128). No plano das práticas, este tipo de abordagem leva a uma atuação estrutural, na organização comunitária, fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos, além das ações de prevenção e cuidado específicas. Este conceito é um dos que aponta para a inclusão de questões como autonomia, subjetividade e diferença dentro do campo da saúde coletiva.

Tendo em vista esses referenciais, iremos realizar uma abordagem de questões relativas às diferentes fases do ciclo vital, e esperamos, dessa forma, contribuir para o trabalho cotidiano do ACS, nas suas visitas domiciliares, atividades comunitárias e junto à sua Equipe de Saúde da Família.

¹⁰ Sobre o conceito de vulnerabilidade, ver Gondim, texto “Do conceito de risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Pretendemos, acima de tudo, colaborar para a construção de um 'olhar' sensível às questões ampliadas de saúde que os indivíduos vivem no decorrer de suas vidas.

Acreditamos que a análise de Merhy se torna especialmente relevante para a reflexão sobre as fases do ciclo vital, pois percebemos que o cotidiano de trabalho dos ACS pode ser capturado pela necessidade do cumprimento das principais responsabilidades determinadas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas/2001), ou pela ficha D que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que se centram no uso de tecnologias duras e leve-duras. Ou seja, percebemos que atualmente o trabalho do ACS é principalmente avaliado em função do uso das tecnologias duras (realização de procedimentos) sem valorizar qualidade da dimensão relacional (acolhimento, vínculo e responsabilização) e educacional de seu cotidiano de trabalho.

Consideramos que uma abordagem e uma avaliação das práticas de saúde centradas exclusivamente no diagnóstico, acompanhamento e notificação das principais morbimortalidades dos grupos populacionais são insuficientes. Acima de tudo, o ACS deve estar atento às situações de vulnerabilidade, às relações sociais de cada indivíduo e às potencialidades dos sujeitos. Porém, quando o ACS se vê tomado por uma série de rotinas no seu trabalho cotidiano, perde-se a dimensão de escuta, vínculo e observação. Acima de tudo, queremos que os ACS continuem sensíveis à garantia do direito à saúde e dignidade humana dos membros de sua comunidade.

As Idades da Vida

Em uma discussão sobre fases da vida, a primeira pergunta que somos obrigados a nos fazer é: quais são as fases do ciclo da vida?

Ariès (1981) faz uma construção histórico-social da infância na sociedade ocidental. Para isso, recorda-nos que a importância da idade para a designação dos indivíduos surge na Idade Média, ao redor dos séculos XVI e XVII. Essa noção vai ganhando com o tempo uma precisão crescente na sua quantificação, sendo interessante observar que com ela se constitui um parâmetro mensurável e preciso para a identidade civil.

As definições das 'idades da vida' presentes na Idade Média nos parecem hoje noções abstratas, pouco precisas, mas que eram tão conhecidas e usuais naquele período, baseando-se em um sistema de descrição e de explica-

FASES DO CICLO VITAL

ção que remontava aos filósofos jônicos do século VI a.C. Essas idades eram: infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade (Ariès, 1981). Áries (1981) recupera as definições dessas idades da vida que constam em uma importante enciclopédia do período, *Le Grand Propriétaire de Toutes Choses*, na qual a infância iria do nascimento até os 7 anos, é “chamado de *enfant* (criança), que quer dizer não falante” (Ariès, 1981: 36), pois nessa idade a pessoa não fala perfeitamente. Após a infância, a segunda idade seria *pueritia*, pois “a pessoa é ainda como a menina do olho, e dura até os 14 anos” (Ariès, 1981: 36).

A adolescência terminaria aos 21 anos, “mas segundo Isidoro, dura até 28 anos e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar, disse Isidoro” (p. 36). Para definir a juventude, a enciclopédia usa a definição de Isidoro como um período que vai até os 45 anos, ou 50, e é “chamada de juventude devido à força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros” (p. 36). A senectude estaria entre a juventude e velhice, e “Isidoro a chama de gravidade, porque a pessoa nessa idade é grave nos costumes e nas maneiras” (p. 36). A velhice dura até os 70 anos, e a enciclopédia dizia que poderia ir até a morte, e sua definição está associada com o fato que as pessoas velhas não têm os sentidos tão bons e caducam. A última parte da velhice seria *senis* (em latim), quando “o velho está sempre tossindo, escarrando e sujando” (Ariès, 1981: 37).

Ariès alerta que, por mais que essas descrições nos pareçam sem sentido, eram bastante claras para o homem na Idade Média e evocavam uma união do destino do homem aos planetas. As idades da vida representam não somente etapas biológicas, mas uma correlação com funções sociais. Desta forma, o autor nos aponta que o próprio sentimento da vida muda na história.

A determinação das fases da vida tem mudado ao longo da história humana, no sentido de cada período da vida e de seus papéis sociais, e da mesma forma os principais problemas de saúde e a atenção à saúde aos diversos grupos etários. Atualmente, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), criança é a pessoa até os 12 anos de idade incompleto e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos, sendo que para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o adolescente é a pessoa entre 10 e 19 anos.

Com a transição demográfica, observamos um aumento da população idosa que, segundo a OMS e o Estatuto do Idoso Brasileiro seria a pessoa

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

acima 60 anos. Entretanto, no Brasil, alguns direitos, como o transporte gratuito, são reservados para os maiores de 65 anos. Porém, sabemos que, mesmo no Brasil, a expectativa de vida varia de acordo com as regiões deste, e uma pessoa com menos de 60 anos pode ser considerada idosa. É importante ressaltar que não somente a delimitação de faixa etária, mas também a percepção sobre o que é o envelhecimento e a maneira de vivê-lo mudou drasticamente durante o século XX.

Simone de Beauvoir, em *A Velhice*, faz uma análise do envelhecimento sob diferentes perspectivas diante da necessidade de romper com 'a conspiração do silêncio' acerca desse tema. Na primeira parte de seu livro, analisa a velhice sob o ponto de vista da biologia, antropologia, história e sociologia, entendendo a velhice um objeto de saber. Na segunda parte de sua obra, procura descrever a maneira pela qual a pessoa idosa "interioriza sua relação com o próprio corpo, com o tempo e com os outros" (Beauvoir, 2003: 16-17). Recomendamos a leitura desse livro como uma excelente descrição e problematização do tema sob diferentes perspectivas.

É também importante destacar que uma reflexão sobre gênero e raça também são fundamentais em uma discussão sobre cuidado a grupos populacionais e indivíduos, pois em uma abordagem sobre vulnerabilidade esses fatores se mostram relevantes do ponto de vista da incidência e prevalência de alguns agravos.

Este texto tem o difícil objetivo de abordar características, vulnerabilidade e cuidado das distintas fases do ciclo vital, *a priori* já perceberemos a impossibilidade de dar conta dessa diversidade e complexidade de questões. Por isso, inicialmente, apresentamos uma discussão geral que entendemos que perpassa e determina o olhar sobre as diferentes questões que possam emergir na prática cotidiana dos ACS.

Nesta parte do texto, optamos por usar a discussão de casos como estratégia para provocar a reflexão de situações relacionadas às características, vulnerabilidades e cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Também tentamos questionar a abordagem individual dos problemas, mas dentro de uma proposta de atenção à saúde da família, procuramos mostrar o quanto o cuidado da criança, adulto e idoso estão correlacionados. Nossa preocupação é evitar que as equipes de Saúde da Família, ao organizarem seu cotidiano de trabalho, acabem por, em vez de realizar uma abordagem

FASES DO CICLO VITAL

da família, dissociar o cuidado dos indivíduos da dinâmica e contexto familiar e comunitário.

CASO N.1

R. M. 32 anos, procurou a unidade de saúde da família próxima de sua residência em virtude de um quadro de diarreia de um de seus filhos gêmeos. Na unidade de saúde, foi diagnosticada desnutrição; a mãe foi orientada pela assistente social e encaminhada para o programa de suplementação alimentar. Dois meses após, a unidade recebeu uma notificação de uma suspeita de hepatite em uma criança atendida no pronto socorro infantil da região. Na visita domiciliar, o médico e o Agente Comunitário de Saúde verificaram tratar-se do outro filho gêmeo de R.M., fato que causou preocupação, embora não tenha sido confirmado o diagnóstico de hepatite. Ao discutirem o caso na unidade, a ACS relatou a conversa com R.M., que informou de sua preocupação com o uso de álcool e o comportamento violento do marido. Além disso, a sobrevivência do casal e dos filhos dependia da aposentadoria da mãe de R.M.

O núcleo familiar tradicional não representa mais a forma predominante de agregação das pessoas. Em muitas situações, a mulher representa o papel de cabeça-do-casal responsável pela sobrevivência dos filhos, em outras, os avós se responsabilizam pela sobrevivência da família, e há núcleos em que pessoas do mesmo sexo representam o papel materno e paterno.

Na década de 1990, os estudos sobre o aumento da mortalidade devido às chamadas causas externas¹¹ permitiram identificar a importância da violência interpessoal e da negligência como responsáveis pela violência no ambiente domiciliar (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999). Ao lado dos estudos epidemiológicos, é importante a identificação dos vínculos existentes no núcleo familiar, como o exteriorizado pelo apego entre mãe e filho, que pode ajudar a compreender a resistência a situações adversas vivenciadas pelos profissionais de saúde. Além disso, o atendimento multiprofissional pode criar espaços de apoio e incentivo para o enfrentamento da situação pelas vítimas de violência. Nesse aspecto é de extrema importância que a equipe de saúde conheça e domine o Estatuto

¹¹ No Código Internacional de Doenças (CID) inclui os acidentes, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões etc. (CID 10).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

da Criança e do Adolescente, assim como uma relação com o Conselho Tutelar e demais instituições governamentais e não-governamentais que atuem na área de promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes.¹²

A abordagem do alcoolismo pelos profissionais de saúde é outra questão ainda dificultada por ser considerado um problema de ordem moral, e não uma doença. Isso conduz muitas vezes à perda da oportunidade de se identificar pessoas com problemas com uso de álcool, como acontece quando os profissionais dominam instrumentos como o Teste de Cage, de fácil utilização.¹³ Assim, os profissionais não podem limitar sua atenção aos motivos de consulta (no caso a desnutrição). Devem, sim, procurar desenvolver um processo de escuta capaz de atender às reais necessidades dos usuários. A lógica assistencial com incentivo ao desempenho de funções produz uma segmentação do trabalho. Além das barreiras corporativas, a falta de discussão sobre o processo de trabalho¹⁴ restringe a integração multiprofissional e limita a possibilidade de resolução dos problemas apresentados pelos usuários e pelas famílias. É desta forma que entendemos que devem ser interpretadas as responsabilidades da Equipe de Saúde da Família em relação à saúde da criança, conforme definiu a Noas/SUS 01/2001, que apresentamos no Quadro 1.

¹² Sobre o histórico do atendimento à criança e ao adolescente e do ECA, ver Geisler, texto "Agente comunitário de saúde: mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude?", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹³ Carvalhaes e Benício (2002) aplicaram o teste de Cage em capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil.

¹⁴ Sobre o processo de trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

Quadro 1 – Ações de saúde da criança conforme Noas-SUS 01/2001

AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do Sisvan
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação
Assistências às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos; Assistência às doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes; Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças; Garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação); Realização ou referência para exames laboratoriais.

Fonte: Brasil, 2001.

CASO 2:

L. M. 77 anos, aposentado, metalúrgico, compareceu à unidade de saúde da família por queixa de “mal-estar” na rua. Na consulta, verificou-se que o paciente era hipertenso e usava um medicamento que mantinha a sua pressão arterial controlada. O médico tranqüilizou o paciente acentuando a importância do uso da medicação. Alguns dias após, retornou para uma tomada ocasional da pressão arterial e relatou à Agente Comunitária de Saúde que a queixa apresentada iniciou-se após a perda da companheira ocorrida há três meses, no hospital, após uma doença aguda, operada de vesícula, evoluiu com infecção generalizada. Ao falar sobre a sua tristeza, exteriorizou a sua preocupação com a dificuldade do diagnóstico e a evolução do quadro. Ao ser perguntado se poderia ter feito algo diferente, L.M. relatou um episódio ocorrido há trinta anos, quando a esposa apresentou “caroços no pescoço”, motivo pelo qual tinha sido diagnosticado um câncer inoperável e, por isso, procurou atendimento em um centro espírita onde os caroços foram retirados. A seguir, a ACS conversou com o paciente sobre a dificuldade de aceitação da morte da esposa e propôs que o mesmo retornasse no dia da reunião dos idosos da unidade.

As mudanças ocorridas na sociedade brasileira nos últimos cinquenta anos, com um padrão de aglomeração urbana crescente acompanhada da progressiva mudança do perfil demográfico – em 2025, 12% da população estará acima dos 60 anos – insere um novo desafio na agenda da saúde; como preser-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

var a qualidade de vida? Ao lado do aumento da expectativa de vida, a identificação de que mais pessoas vivem sozinhas torna fundamental o incentivo de ações que preservem a autonomia¹⁵ e evitem a dependência¹⁶ característica de algumas fases do envelhecimento.

Herzlich (2005) no texto “A fragilidade da vida humana e a fragilidade da vida social” destaca a crescente incorporação do tema da saúde na agenda social; “cada vez mais, a sociedade fala a si própria em termos de saúde” (Herzlich, 2005: 201). A autora utiliza como exemplo um fato ocorrido na França, no verão de 2003, quando os efeitos de uma onda de calor excepcional sobre a saúde dos idosos tornaram visíveis as dificuldades da situação dessa população e suscitou um acalorado debate sobre a velhice na sociedade francesa.

No nosso meio, a sociedade tem procurado enfrentar o desafio do processo de envelhecimento através de diferentes iniciativas: o estatuto do idoso (arcabouço jurídico de apoio aos idosos), iniciativas locais (municipais) de acolhimento de idosos (conselhos, lares de apoio). A organização dos serviços de saúde deve incorporar conceitos que facilitem o atendimento das necessidades de saúde dos idosos; o conceito de qualidade de vida (Minayo, 2000), por exemplo, permite discutir com a equipe multiprofissional as limitações da atenção baseada na abordagem de doenças. A abordagem do idoso e de sua família necessita ser gerontológica, com ênfase na equipe multiprofissional.

Assim, iniciativas que estimulem a agregação e fortaleçam redes de apoio social (grupo de idosos, lares acolhedores)¹⁷ devem ser adotadas com o objetivo de estimular as relações sociais (Ramos, 2002) e evitar tanto quanto possível a institucionalização.

Um dos aspectos a ser destacado é a preparação da equipe de saúde (equipe de saúde da família, unidade básica e dos hospitais) para lidar com a finitude. A sociedade ocidental progressivamente transferiu a morte das pessoas dos lares para os hospitais. A progressiva medicalização do sofrimento humano e a crescente incorporação de tecnologia têm provocado uma intervenção sobre a fase última da vida com medidas desnecessárias (terapêuticas fúteis).

¹⁵ Entendemos aqui autonomia como a capacidade de tomar decisões no cotidiano, por exemplo, como ir ao banco ou visitar parentes.

¹⁶ Consideramos a dependência relacionada a maior ou menor dificuldade para desenvolver atividades da vida diária.

¹⁷ Sobre o trabalho do ACS com recursos da comunidade, ver Stotz, David e Bornstein, texto “Educação popular em saúde”, no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL (...)

Isto, longe de dignificar a morte das pessoas (como, por exemplo, o uso de medicação para alívio da dor em pacientes com câncer), muitas vezes prolonga desnecessariamente a vida. Na área de saúde, a abordagem da finitude ainda se dá como um evento a ser vencido, e não como parte do processo vital.

O papel da equipe de saúde no apoio aos momentos de luto (perdas familiares) e no processo de aceitação (resignação) da morte tem sido pouco incentivado. Por meio de medidas como o respeito à religiosidade, discussão dos limites da intervenção (custos e benefícios), as equipes de saúde podem ser sensibilizadas para lidar com o problema da finitude.

Essas questões são essenciais para a garantia da integralidade da atenção ao idoso, que extrapolam as atribuições listadas na Noas SUS 2001, conforme o Quadro 2. Entendemos que as ações de saúde devem entender o controle e tratamento de agravos de saúde prevalentes nessa população dentro de um contexto de projeto de qualidade de vida para essa população.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Quadro 2 – Ações para controle da hipertensão e do diabetes conforme Noas SUS 01/2001

CONTROLE DA HIPERTENSÃO	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico.
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação.
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários. Visita domiciliar.
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Fornecimento de medicamentos; Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações.
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares; Realização ou referência para ECG; Realização ou referência para RX de tórax.
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações; Acompanhamento domiciliar; Fornecimento de medicamentos.
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações.
CONTROLE DA DIABETES MELITTUS	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco.
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação.
Busca ativa de casos	Visita domiciliar.
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar. Educação terapêutica em Diabetes. Fornecimento de medicamentos. Curativos.
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde.
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações; Realização ou referência para ECG.
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências; Acompanhamento domiciliar.
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento.
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária); Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias); Ações educativas para auto-aplicação de insulina.

Fonte: Brasil, 2001.

FASES DO CICLO VITAL

CASO 3:

S. M., 17 anos, procurou a unidade de saúde para a realização de teste de gravidez. É a mais nova de três irmãos, e a irmã mais velha (19 anos) já tem dois filhos. Após a confirmação da gravidez, a agente comunitária de saúde orientou-a para o acompanhamento no pré-natal. Ao retornar à unidade para uma das consultas agendadas, ocorreu o seguinte diálogo com a auxiliar de enfermagem:

Auxiliar: Infelizmente, tenho que lhe dizer que um de seus exames deu alterado. Vou fazer o encaminhamento para que a médica lhe explique o que aconteceu.

A seguir, na consulta, a adolescente recebe a notícia de que um dos exames realizados confirmou o diagnóstico de sífilis. É necessário o tratamento com antibiótico para evitar um dano para o bebê.

Adolescente: Como foi acontecer isso?

Médica: Precisamos conversar sobre o seu namorado, porque ele precisa fazer o mesmo exame, já que você teve relação sexual com ele e engravidou.

A mãe, até então calada, afirma: Doutora, ele tem 21 anos e não vivemos juntos, mas tenha certeza de que ele virá fazer o exame.

A consulta se encerra e a adolescente é encaminhada para o pré-natal de alto risco, para acompanhamento.

Segundo a OMS, a adolescência compreende a fase da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Ao lado das mudanças sociais características da sociedade moderna – iniciação sexual precoce, estímulo ao culto do corpo – crescem as preocupações com a gravidez nas faixas etárias mais jovens.

Na maioria das vezes, a gravidez na adolescência constitui um fato inesperado e até mesmo indesejado. Mas, além da atenção ao fato biológico (risco de complicações, aborto espontâneo, parto prematuro) devem ser levadas em consideração as diferentes realidades socioeconômicas. Ao passo que em comunidades pobres da periferia do Rio de Janeiro a gravidez para as adolescentes constitui-se um despertar precoce da sexualidade, com forte influência da mídia e também relacionado à falta de projeto de vida, nas comunidades pobres rurais do interior do Brasil, a influência predominante pode ser a perpetuação do padrão familiar tradicional. Aí, a segurança de

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

um relacionamento estável 'padrão' no casamento dos pais pode ser o principal fator de indução da gravidez e traduz uma identificação do adolescente com a tradição da família de origem.

Além disso, a perspectiva de sair de casa através de uma 'puxadinha' (construção de um cômodo em anexo à casa da família) para alojar o novo filho acaba constituindo um *status* para adolescentes que viviam em situação de constrangimento; seja por violência verbal, física ou sexual. Pesquisas (Bemfam, 1996) demonstram que, apesar de alguns adolescentes desconhecerem o funcionamento do corpo humano e os métodos para evitar a gravidez, uma boa parcela os conhece, mas não os usa, ou usa métodos anticoncepcionais de baixa eficiência.

Assim, o cuidado não pode ser restrito ao aspecto biológico (a sífilis tem um efeito teratogênico sobre o feto), mas também deve levar em consideração o amadurecimento psíquico da adolescente com apoio ao desenvolvimento de vínculos com a equipe de saúde e com a família, para que possa assumir o papel materno em sua plenitude. Além disso, iniciativas que incentivem as adolescentes a manter atividades próprias da sua idade – voltar a estudar tão logo quanto possível, manter relacionamento com as amigas. O aspecto fundamental é a formação de uma identidade capaz de dar estabilidade à futura relação mãe e filho.

Um conceito que pode contribuir para criar uma interface entre o biológico, o social e o psíquico é o de vulnerabilidade (Ayres & Barbosa, 1999). Esse conceito pode contribuir para se ver a gravidez na adolescência não só como um fato biológico, mas também compreender a importância dos aspectos culturais e sociais envolvidos na sua determinação.

Em pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais, Citeli (2000) estudou como a relação de afetividade e sexualidade na juventude sofre diversas influências, inclusive a provocada pela diferença de gênero – na relação sexual, a iniciativa é atribuída aos homens, fato que permite compreender, parcialmente, a dificuldade das mulheres de imporem a utilização de preservativos pelos companheiros.

Atualmente, o Programa de Saúde da Mulher está fortemente estruturado em torno das questões sexuais e reprodutivas, conforme observamos no Quadro 3, porém temos de ser cautelosos nessa abordagem para não reduzir a mulher a essa função reprodutora. Tal redução pode levar tanto ao descuido da

FASES DO CICLO VITAL

saúde reprodutiva masculina quanto das outras dimensões da saúde da mulher e, inclusive, da implicação de questões sociais e culturais na própria dimensão reprodutiva, como as relações de gênero e socioeconômicas.

Quadro 3 – Ações de saúde da mulher conforme Noas SUS 01/2001

AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Pré-Natal	Diagnóstico de gravidez. Cadastramento de gestantes no 1º trimestre. Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta. Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso. Acompanhamento de pré-natal de baixo risco. Vacinação antitetânica. Avaliação do puerpério. Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina. Alimentação e análise de sistemas de Informação. Atividades Educativas para promoção da saúde.
Prevenção de câncer de colo de útero	Rastreamento de câncer de colo de útero. Coleta de material para exame de citopatologia. Realização ou referência para exame citopatológico. Alimentação dos sistemas de informação.
Planejamento familiar	Consulta médica e de enfermagem. Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais. Realização ou referência para exames laboratoriais.

Fonte: Brasil, 2001.

Considerações Finais

Neste texto, procuramos fazer uma reflexão geral sobre o cuidado e fizemos algumas considerações sobre a atenção à saúde da criança, mulher e idoso, especificamente. Sabemos que nossa abordagem foi insuficiente para detalhar as características e prevalência dos problemas de saúde em cada fase do ciclo vital. Para isso, sugerimos uma série de bibliografias complementares, que esperamos que auxiliem o docente no seu trabalho.

Nossa maior preocupação foi ampliar a abordagem do trabalho dos ACS acerca dos grupos populacionais, pois nossa maior preocupação é garantir que os ACS não reproduzam o modelo tradicional de atenção básica. Observamos que, freqüentemente, ao se organizarem, as equipes tendem a fragmentar o cuidado das famílias em atenção à criança, à mulher e ao idoso, separando dias

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

da semana para cada grupo populacional e centrando suas ações na realização dos procedimentos e exames das patologias prevalentes (conforme destacamos com as ações de saúde propostas na Noas-SUS 01/2001).

Acreditamos que isso ocorre por uma série de razões, tais como pelo fato de a formação dos profissionais ainda estar centrada no modelo biomédico-higienista, na tendência dos serviços de manterem sua organização tradicional e, principalmente, devido ao fato que a avaliação do trabalho do ACS e da equipe ainda se centra nas dimensões de tecnologias duras do trabalho.

Do ponto de vista do trabalho do ACS, isso se configura como uma contradição, pois, na descrição de seu trabalho, tanto na portaria n. 648 (Brasil, 2006) quanto na produção científica caracteriza-se que o trabalho do ACS deve se centrar nas ações de educação e promoção em saúde e intersetorialidade, porém, quando observamos como é avaliado o trabalho do ACS, percebemos uma ênfase no controle da realização de número de procedimentos. Como exemplo, vemos na Política Nacional de Atenção Básica que os indicadores de acompanhamento em 2006 das ações da Estratégia de Saúde da Família seriam baseadas na média anual de consultas médicas por habitante, a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal e a razão de exame citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária.

É claro que observamos nesses critérios de acompanhamento a garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde e a superação de alguns grandes problemas de saúde da população brasileira, a destacar a redução da mortalidade materno-infantil e a redução do câncer de colo de útero. Porém, algumas questões nos preocupam, e as mesmas direcionaram a construção deste texto. Em relação à garantia da redução da mortalidade materno-infantil, nós nos perguntamos: será que a realização de exames de pré-natal são suficientes para a superação desses índices? Ou uma pergunta anterior: quais medidas são necessárias para o estímulo à consulta pré-natal? Que outras questões influenciam o cuidado da mulher na gestação ou da mãe com seu recém-nascido?

Em relação à saúde da mulher, nos perguntamos o quanto as relações de gênero ou condições socioeconômicas influenciam a percepção das mulheres do seu corpo e da sua saúde. Ademais, pode-se questionar a própria ênfase na saúde da mulher como saúde reprodutiva e a pouca ênfase na saúde reprodutiva dos homens (provavelmente muito associada a questões culturais). E pensar

FASES DO CICLO VITAL

que a incorporação das consultas de pré-natal como parte da experiência da maternidade é social e culturalmente construída, portanto, exige uma abordagem que dê conta dessas dimensões.

Ou seja, entendemos que o conhecimento acerca do diagnóstico e acompanhamento das principais doenças nas fases do ciclo vital estão muito bem estabelecidos, mas que, mesmo assim, foram insuficientes para melhorar a qualidade de vida das populações. Entendemos que isso em parte ocorre pela necessidade de políticas de saúde que garantam o acesso a esses serviços, mas também pelo fato de esses procedimentos e conhecimentos biomédicos serem insuficientes para o sucesso das ações de saúde.

Não basta ofertar um programa de pré-natal a uma comunidade, mas entender como essa comunidade compreende essa dimensão da vida, suas condições socioeconômicas e o próprio entendimento do pré-natal como um direito necessitam ser trabalhados e valorizados para redução da mortalidade materna e infantil.

Acima de tudo, nós nos preocupamos em fazer alguns alertas para a formação dos ACS, principalmente considerando que a incorporação desse profissional em uma equipe de saúde permite o fortalecimento dessas dimensões culturais e sociais, e, portanto, de mudança de modelo assistencial. A caracterização das responsabilidades desse profissional são destacadamente do âmbito do fortalecimento da mobilização comunitária, elo da equipe com a comunidade e ações intersetoriais, porém essas dimensões podem ficar subsumidas à necessidade de realização de procedimentos médicos, dependendo da forma que forem organizados os serviços e a avaliação do trabalho do ACS e da Equipe Saúde da Família.

Valorizamos essas críticas porque acreditamos que o trabalho do ACS tem um grande potencial para transformar o cuidado à saúde na atenção básica, que deve ser buscado e reforçado, principalmente no debate sobre a sua formação técnica, ainda em estágio de consolidação.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Indicações de Leitura

Como leitura complementar, acessível na biblioteca virtual do Ministério da Saúde, encontramos:

Saúde da criança e do adolescente:

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da mortalidade Infantil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 e módulo 2/Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev., 1.^a reimpressão Brasília: Ministério da Saúde, 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente/Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_de_maus_tratos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0611_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil./ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf

FASES DO CICLO VITAL

Saúde da pessoa idosa:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. *Guia Operacional e Portarias Relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atenca_basica_idoso.pdf>.

BRASIL. Caderneta da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf>.

Sexualidade e saúde da mulher:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: *humanização no pré-natal e no nascimento*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/parto1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *2004: ano da mulher*. 1.ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf>.

BENEVIDES, M. A. da S. et al. (Orgs.) *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0010_M.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0096_M.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Integral para Mulheres e Ado-*

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

lescentes em Situação de Violência Doméstica: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz%20pedagógica.pdf>.

Mais textos de referência sobre programas podem ser encontrados nos seguintes endereços eletrônicos:

<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>
<bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_adoles.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_mulher.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_crianca.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_idoso.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_indigena.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/doencas_cron.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html>
<www.portal.saude.gov.br/saude/>

Referências

- ARIÈS, P. *História Social da Infância e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- AYRES, J. R. C. M. & BARBOSA, R. M. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: PARKER, R. (Org.) *Sexualidade pelo Avesso: direitos, identidades e respostas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar da Família no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-176, 2000.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

FASES DO CICLO VITAL

- CARVALHAES, M. A. de. & BENÍCIO, M. H. D. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista Saúde Pública*, 36(2): 188-197, abr. 2002.
- CITELI, M. T. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 2000.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4): 701-710, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- HERZLICH, C. A fragilidade da vida humana e a fragilidade da vida social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 15(2): 193-203, 2005.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MYNAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18, 2000.
- MORIN, E. A. *Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologia*, 4(7): 156-175, jan./jun., 2002.
- REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. & MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):109-121, 1999.
- SILVA JR., A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- TERRIS, M. Conceptos des la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1996.