

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E DESASTRES

Luiz Henrique de Sá

**Secretaria Municipal de Saúde- Petrópolis, RJ
Rede de Cuidados-RJ**



RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o nível do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontra mais próximo da atuação em desastres. Suas características e suas diretrizes são fundamentais para a saúde no contexto de desastres. A dificuldade de transformação por leis na direção de direitos e cidadania é apontada através da história. O desenvolvimento das conquistas nos direitos da população é realizado passo a passo e demoradamente.

Palavras-chave: saúde; desastres; direitos.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the level of the Unified Health System (SUS) that is closest to action in disasters. Its characteristics and guidelines are fundamental to health in the context of disasters. The difficulty of transforming laws towards rights and citizenship is highlighted throughout history. The development of achievements in the population's rights is carried out step by step and takes time.

Keywords: health; disasters; rights.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). É formada pelas chamadas UBS, Unidades Básicas de Saúde, que incluem as unidades de Estratégia de Saúde da Família com seus territórios adscritos e população cadastrada. Além dessa prerrogativa de principal porta de entrada, ou seja, acesso da população à rede de saúde queremos lembrar que:

O SUS tem como um de seus princípios doutrinários a integralidade que, dentre vários sentidos, compreende uma abordagem que supere a tradição biomédica voltada à doença física, além da superação da fragmentação, tão comum em centros multiprofissionais. Devemos nos deter na articulação entre as especificidades dos especialistas em saúde da família. A APS, para além da integralidade, apresenta como princípios o primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação dos cuidados.

Esse primeiro contato é fundamental para facilitar e estimular o acesso das pessoas ao SUS, daí a importância do chamado acolhimento. A longitudinalidade dos cuidados afirma que os profissionais devem cuidar das pessoas, independentemente de apresentar doença ou do tipo dela, ao longo da vida. Por último, mas não menos importante, na coordenação dos cuidados, é preciso apoiar e facilitar a organização e a gestão dos cuidados, principalmente quando temos vários profissionais em níveis e/ou centros diferentes.

Dito isso, começamos a perceber que aquilo que é básico nessa estrutura hierárquica tripartite (APS, Secundária e Terciária) tem uma profunda complexidade no seu dia a dia. As instâncias Secundária e Terciária são regidas por protocolos rígidos, que orientam as ações quase como uma linha de produção com seus fazeres distintos. A APS cobra levar em conta a singularidade do cotidiano das pessoas. Lidar com subjetividade exige atenção, cuidado e criatividade, já que temos mais uma imagem

de estar sobre uma prancha de surf do que participar de uma ordem unida.

Esse trabalho de dia a dia tem, segundo alguns estudos (WHO, 1978), a capacidade de encarregar-se de cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população em determinado território. Problemas são resolvidos no acolhimento, nas consultas agendadas ou nas visitas domiciliares (VDs); uma parcela significativa dos usuários demanda atendimentos que exigem respostas complexas e a operação com elementos que não permitem condutas antecipadas, exigindo sempre atenção à singularidade (Santos e Penna, 2013).

Assim, diferentemente do que popularmente se imagina, a APS não se caracteriza por um local dirigido para a resolução de problemas simples, supostamente de menor complexidade do que aqueles atendidos nos pontos especializados da rede de saúde. A complexidade aqui é de outra ordem, derivada de uma miríade de elementos diferentes como seu local de trabalho na rede como porta de entrada e ordenadora do cuidado; sua proximidade e inserção no território, assim como nas redes familiares e sociais dos usuários e a heterogeneidade das problemáticas de saúde e os tipos de intervenção que compõem o cotidiano de trabalho nessas unidades.

A tudo isso se soma a necessidade de um trabalho longitudinal, que busque construir vínculos que sejam duradouros entre a equipe e a população, buscando o tratamento, a prevenção, reabilitação e a promoção à saúde (Andrade, Barreto e Bezerra, 2009). A trama de sentidos que compõe as redes de relações intersubjetivas pede uma mudança de posicionamento epistemológico. Exige uma compreensão diferente daquela fornecida pelo arcabouço que é utilizado pelo paradigma biomédico e pelas ciências naturais (Figueiredo e Furlan, 2008), seja em função da dimensão histórica e temporal que compõe a existência humana, como encontramos em Heidegger (1995), ou pela mutabilidade e ambiguidade de nossos desejos, projetos e vontades, citados por Merleau-Ponty (1994). Assim, ao nos depararmos com o

campo dos sentidos e significados que formam a vida humana, é preciso se precaver, uma vez que estamos lidando com fenômenos que não são inteiramente claros e explícitos. Fenômenos que exigem outro posicionamento, distante das fantasias de onipotência e onisciência que possam produzir repercussões importantes quando o cuidado à saúde é aquilo que está em jogo.

É de fundamental importância que a compreensão da doença, sua etiologia, seu tratamento e prognóstico, além dos fatores de risco e proteção não embacem a compreensão que essa doença se manifesta em um determinado corpo, com determinada biografia, com um conjunto de relações interpessoais com condições sociais e de vida, bem como projetos, receios e sonhos específicos. A clínica em APS nos faz sair de um paradigma focado na doença e sua generalidade para nos focarmos no sujeito e na singularidade.

Esse assim agir, sem ter como foco os aspectos biológicos, afeta os profissionais de outros modos: defronta o profissional com suas crenças, valores, sua visão de mundo, sua moral, noções políticas, envolve-o afetivamente, por vezes, de maneira desconfortável e desloca sua posição de pretensa neutralidade, familiar e objetiva.

Diante de outra existência, somos nós, profissionais da APS, levados a outro tipo de pensar. Um pensar ético, que se debruça sobre cada caso, a cada vez. Um pensamento que parte de outro paradigma sem ser o da fragmentação e do cálculo a que estamos condicionados pelas ciências naturais e pela biomedicina.

Esse tipo de pensar, de outra “natureza”, se contrapõe àquele que faz com que o usuário procure a unidade de saúde como quem procura por uma “mercadoria”: a receita, o exame, o procedimento, sem compreender a construção que deve existir por detrás dessa “mercadoria”: uma escuta qualificada, o aprofundamento do conhecimento acerca da vida do usuário, o raciocínio clínico, o diagnóstico. Essa postura de mercantilização acaba por envolver também o profissional desatento e “treinado” nessa visão reducionista.

Isso vem atrelado a uma visão que o cidadão tem do profissional da saúde como aquele que resolve um problema, que soluciona uma situação de sofrimento por meio de um acúmulo de conhecimentos técnicos, protocolos e procedimentos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE APS E DESASTRES

Se compararmos a APS com outros contextos de atuação, ela é reconhecida pela importância dada ao território.

O território é considerado um espaço de relações (sociais, econômicas e políticas), um sistema de objetos e de ações (fixos e fluxos) em permanente interação. Mas, sobretudo, são nesses espaços delimitados de poder onde os diferentes atores sociais que fazem uso do território buscam viabilizar seus projetos e desejos para levar a vida (Brasil, 2006, p. 14).

Esse território, em conjunto com a população adscrita, é um dos princípios que organizam o cuidado, a saber: organização de ofertas que irão contemplar doenças e agravos mais prevalentes naquela área, a atuação conjunta com outros equipamentos e serviços, ampliação da participação da comunidade no controle social e no enfrentamento dos problemas de saúde.

É nesse território que encontramos a parcela da população com menos recursos econômicos, educacionais, emocionais; enfim, aqueles que são desprovidos da possibilidade de intervenções em prol de sua própria cidadania. A valorização do TER em detrimento do SER, como marco civilizatório contemporâneo (Marcuse, 1975), faz com que essas pessoas internalizem o sentimento de valer menos, de ter menos direitos, de passar despercebidas no contexto social, como se fossem transparentes e, portanto, invisíveis e/ou desimportantes perante as prioridades do Estado.

Aliado à internalização do opressor (Freire, 1979), muitas vezes retira-se pragmaticamente suas possibilidades de vida ao

não permitir sua frequência em lojas, restaurantes ou ao comércio diário. Retira-se-lhes seu poder pessoal, o que leva à depressão, apatia e desespero.

Essa camada populacional é atendida nas UBS`s pelas equipes de saúde que necessitam ter a compreensão necessária para lidar com quadros complexos de carência, econômica e emocional, desorientação, ataques de fúria, automutilação e quadros extremamente complexos, onde uma escuta qualificada, muitas vezes, é o primeiro passo para o início do tratamento. Concretamente, nessas comunidades, as pessoas não têm acesso a quase nada, inclusive o básico para viver, como a água. Carências hídricas e sanitárias são uma constante, impedindo que se mate a sede, que se possa realizar a higiene necessária à boa saúde, à limpeza do vestuário e da moradia, que se possa cozinhar sem sofrer o risco das doenças de vinculação hídrica como diarreias, leptospirose, lesões de pele e outras. Esse quadro se agrava profundamente quando nos defrontamos com Emergências e Desastres (EMEDES).

Aqui, nos deparamos com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissional que mora nas comunidades e realiza o vínculo entre essa e a equipe da unidade de saúde. Esses profissionais são fundamentais para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, conhecendo a comunidade profundamente. São capazes de identificar, localizar e intervir, junto com o restante da equipe, nos momentos de maior necessidade, como é o caso de Emergências e Desastres. Dados tais como: número de gestantes, acamados, idosos, pessoas com algum tipo de deficiência e outros, podem ser acessados rapidamente com a ajuda desses profissionais. Felizmente, Petrópolis conta com um time de primeira no que diz respeito a ações em Desastres já que, ao longo dos anos, treinamentos periódicos vêm sendo realizados.

No Desastre que foi a pandemia da Covid-19, se esses profissionais tivessem sido mobilizados ao início das ocorrências pelo Ministério da Saúde, milhares de vidas teriam sido salvas. Hoje, o SUS conta com cerca de 265.000 agentes ativos. Na

época da referida pandemia, contávamos com 20% menos, o que é uma força especializada de trabalho nada modesta para ser desprezada.

No decorrer dos anos, também temos conseguido maior destreza por parte de outros profissionais, da saúde ou não, no enfrentamento dessas ocasiões críticas. Petrópolis sofre com desastres desde a década de 1860, como consta do diário do Imperador. Nós, profissionais da saúde, levamos muito tempo para aprender que não existe a necessidade de “reinventar a roda” a cada acontecimento. Os Planos de Contingência dão conta disso. Mas, ainda existe um longo caminho a ser percorrido para que a população possa ter seu sofrimento atenuado.

Portanto, em face dessas características da APS, sem dúvidas, esse é o nível da saúde que mais se presta ao auxílio da população nos casos de Desastres. Já, há décadas, sabemos que a Saúde Mental, se quiser ser efetiva, deve estar atrelada à APS. Algumas tentativas já foram feitas no município, tais como: o matriciamento em Saúde Mental, há cerca de 15 anos atrás, o que foi muito bem-vindo, porém, com as mudanças dos profissionais que ocorrem constantemente, a prática se perdeu; há uns quatro anos, uma nova tentativa foi realizada, através de um projeto piloto que não frutificou devido à mudança de profissionais. Hoje, com a iniciativa de implantação de uma Gerência de Saúde Mental na APS, estamos confiantes que um cuidado maior estará, e já está, disponível para nossa população.

A história é uma forma de nos apossarmos de fatos que podem nos esclarecer sobre como as coisas chegaram até onde estão nos dias atuais. Como estamos tratando de APS, nos ajuda a re-visitamos nosso passado e compreender como a saúde é um direito e qual foi o caminho trilhado.

Os direitos e políticas sociais são diferentes nos vários países e dependem do processo político e social que se desenrola em cada um deles. Os direitos sociais são parte de uma ideia mais ampla, a da cidadania. Foi o sociólogo inglês T.H. Marshall (1967) que formulou o escopo mais utilizado e clássico

contendo três elementos essenciais da cidadania, a saber: o civil, o social e o político. O *civil* refere-se aos direitos de liberdade individual de ir e vir, de expressão (em moda nos dias de hoje e sofrendo deturpações), de pensamento, de crença religiosa, de propriedade. O elemento *social* se refere ao direito de cada cidadão ter acesso a um conjunto de políticas e serviços tais como saúde, aposentadoria e educação, que possam assegurar um mínimo de bem-estar e dignidade. O *político* diz respeito à liberdade de associação político partidária, à capacidade de participação no exercício do poder político, a capacidade de cada um votar e ser votado para cargo eletivo.

O Brasil, como Estado-nacional independente, foi criado em 1822. Até 1888, era uma monarquia com a economia baseada no trabalho escravo, donde se deduz que não se poderia falar de direitos de cidadania. Os benefícios eram apenas para uma pequena parcela da população, tais como nobres, grandes fazendeiros e comerciantes. Nesse período, qualquer movimento popular que visasse à conquista de direitos de cidadania foi sufocado com grande violência pelo Estado brasileiro. Até 1881, só tinham direito de votar homens com mais de vinte e cinco anos, com renda mínima de 100 mil réis, enquanto mulheres não tinham direito algum ao voto (Carvalho, 2001).

Os direitos sociais quase não existiram até 1930. O direito à saúde e à previdência teve sua primeira lei apenas em 1923, a Lei Eloy Chaves, que regulava o funcionamento das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Essa foi a primeira medida de implantação de direitos sociais no país (Oliveira e Teixeira, 1986).

Esse estado de coisas pouco se alterou, mesmo com a criação do Ministério da Educação (1930), com as primeiras eleições com o voto secreto e direito de voto para as mulheres em 1939 (Rodrigues e Santos, 2009). Em 1937, um golpe instituiu o Estado Novo, um regime autoritário. Com o fim do Estado Novo, uma mudança ocorre nos direitos à cidadania com a ampliação dos direitos políticos. A criação do Ministério da Saúde, em 1953, que abordava principalmente as ações de caráter pre-

ventivo fazia com que os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) continuassem a ser os responsáveis pelas políticas de previdência social e assistência médica.

Estranhamente, tivemos avanços no que diz respeito à ampliação dos direitos sociais durante o regime militar instaurado em 1964. Aposentadoria e assistência médica aos trabalhadores rurais (1971), às empregadas domésticas (1972) e a trabalhadores autônomos em 1973 (Rodrigues e Santos, 2009, p.69). Tivemos, ainda, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), com exceção de mudanças na assistência à saúde, em 1988, o quadro geral dos direitos previdenciários e o FGTS permanecem basicamente os mesmos até hoje. O projeto de criação do INPS foi herdado de ideia antiga, ainda do Estado Novo.

A Constituição de 1988, além de estabelecer direitos, vai reforçar o papel dos mecanismos de proteção e tutela dos mesmos, como o Ministério Público e os Conselhos Tutelares da Infância e da Adolescência. Os principais objetivos da reforma sanitária brasileira com a Constituição de 1988 foram assegurar o direito da nossa população à saúde e a responsabilidade do Estado. Tudo, de forma geral, foi conseqüentemente insuficiente para alcançar os objetivos acima citados. As ausências de definições precisas deixaram as políticas de saúde na dependência de políticas e medidas administrativas das autoridades onde não temos a força da lei. As diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) contêm, como uma das suas diretrizes: III- participação da comunidade; a lei 8.080/90, que regulamenta a Constituição e estabelece, ainda, 13 princípios para o Sistema (art. 7); dentre eles, o VIII- participação da comunidade.

Esse pequeno histórico demonstra que, mesmo com a intenção de avançar nos direitos de cidadania no tema da saúde, o processo é lento e encontra, sempre, barreiras difíceis de serem transpostas a fim de legitimar a dignidade daqueles que compõem as camadas mais desfavorecidas socialmente de nossa população. O SUS é, inegavelmente, um grande avanço nesse

tema e, como cidadãos brasileiros, devemos estar sempre atentos às tentativas corriqueiras de desmonte do sistema. É importante perceber que, mesmo colocada, por duas vezes, em suas diretrizes, a participação popular é exígua quando nos referimos ao SUS. Atualmente, a implantação dos Conselhos Locais de Saúde não garante essa proposta de participação, posto que existem brechas na legislação que permitem a distorção e o seu uso para outros interesses, como plataforma de candidaturas.

Voltando ao tema de desastres, cabe-nos questionar: como tem sido a participação popular? As comunidades atingidas têm tido voz ativa e resultados positivos em relação à suas reivindicações? Os planos de gerenciamento e reconstrução contam com sua participação? Seu acesso à saúde está garantido?

A ideia da criação de uma **linha de cuidados para sobreviventes de desastres em APS** (Younes-Ibrahim, 2024) pode ser uma diretriz nacional para uniformizar os procedimentos em APS e garantir o atendimento dessa população que necessita muito de um tratamento eficaz, rápido e digno nos diversos contextos de EMEDES.

As mudanças climáticas estão exigindo novas formas de se lidar com as situações de EMEDES. Os problemas hídricos, seja por excesso ou por falta de água, afetam o planeta e as populações de forma brutal, ou seja, o quadro planetário é preocupante.

Guerras estão acontecendo de maneira constante e contínua, os sistemas econômicos e as ideologias são insuficientes na apresentação de soluções.

CONCLUINDO...

Novos tempos se apresentam e será preciso que novas concepções, novas metodologias e novas alianças sejam feitas para que a humanidade não venha a sucumbir.

As EMEDES são uma consequência dessas mudanças e também uma oportunidade de mudança. Principalmente, mudanças na interação humana, mudanças que permitam novas relações,

com prioridades outras que não as atuais, que permitam relações de equidade, de respeito, de compreensão e aceitação. Essas atitudes podem ser aprendidas e são treináveis. Grandes avanços estão se configurando nas ciências. A genética, a nanotecnologia, supercomputadores, a inteligência artificial, tudo isso vai alterar a face da humanidade, mas ainda vai ser preciso lidar com as relações humanas, com o preconceito, com a soberba, com a falta de ética, de moral, com a ganância e com o medo das diferenças e do desconhecido.

As EMEDES são uma oportunidade de começarmos esse treinamento. As novas técnicas são fundamentais, mas precisam ser aplicadas dentro de um novo arcabouço nas relações humanas. Certamente, a Psicologia tem muito a contribuir nesse novo contexto, seja construindo direcionamentos ou, mesmo, apontando práticas deletérias nas relações humanas.

Nesse sentido, gostaria de terminar minha contribuição trazendo à baila algo que me acendeu um sinal amarelo: entreouvida nos últimos meses, me chamou a atenção a afirmativa de que cuidados psicológicos não devem ser levados adiante *exaustivamente* com os sobreviventes em desastres, pois poderiam ter um efeito iatrogênico, no sentido de dependência ou vitimização. Essa é uma questão eminentemente técnica. Trata-se da chamada “alta” do tratamento. Como estamos lidando com vidas, e como temos visto na APS, existe a necessidade de focar na subjetividade / alteridade. Decisões desse quilate devem ser sempre de cunho individual e não programático. Certamente, os tratamentos não devem se eternizar. Se minha memória não falha, foi o psiquiatra Carl Gustav Jung quem disse que, se o tratamento é capaz de levar embora todos os meus demônios, talvez com eles também possam partir os meus anjos.

O meu sinal amarelo, enquanto psicoterapeuta, acendeu-se porque me lembrei de um presidente, chamado Nicolau Ceau-sescu; aliás, um ditador, na Romênia. Depois de “criar” uma *polícia menstrual*, a fim de aumentar a natalidade no país, se viu às voltas com a chegada da guerra e incontáveis bebês foram envia-

dos para orfanatos depois da morte de seus pais (Sobral, 2019). Em 1989, o psicólogo norte americano, Nathan Fox¹, da Universidade de Maryland, fez um trabalho denominado Projeto de Intervenção Precoce de Bucareste (<https://bucharestearlyinterventionproject.org/>) em um orfanato de Bucareste. O que o impressionou, ao adentrar os dormitórios, foi o silêncio. Lugares com muitas crianças nunca são silenciosos. Os “cuidadores” daquelas crianças foram “adestrados” a não atender às solicitações das mesmas, exatamente para não se tornarem dependentes ou manipuladoras. As crianças passavam seus dias sozinhas e em silêncio, muitas se balançando em seus berços. A Romênia, décadas depois, apresentava um alto índice de transtornos e doença mental naquela população de bebês. A falta de carinho, atenção e cuidado se encarregaram de enlouquecer aquelas crianças (BBC News Brasil, 2019).

Muitos cargos são ocupados por indicações políticas. Esses indicados aprendem a liturgia dos cargos, a burocracia da função e a repetição automática de declarações que denotam desconhecimento teórico e técnico, como no caso da Covid-19, no contexto brasileiro à época, onde os ministros foram trocados até que um deles, o general Pazzuelo, aceitou ser um fantoche. Deu no que deu: 700.000 mortes.

Nós já sabemos que um desastre tem sua duração enquanto durar o sofrimento dos sobreviventes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 783-830.

BBC NEWS BRASIL. A tragédia na Romênia comunista que revelou à ciência os danos da negligência na infância. Paula Adamo Idoeta. 21 dezembro 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-50790315>. Acesso em: 16 nov 2024.

1. <https://developingchild.harvard.edu/people/nathan-fox/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens especiais na saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M.Santos, Christovam Barcellos (Org). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fbvms.saude.gov.br%2Fbvms%2Fpublicacoes%2Fserie_geoproc_vol_1.pdf&psig=AOvVaw1q2-JjmCFnacfdISAe1Sub&ust=1731868792354000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAYQrpoMahcKE-wiY3bOSwOGJAxUAAAAAHQAAAAQBA. Acesso em: 16 nov 2024.

BUCHAREST EARLY INTERVENTION PROJECT. Disponível em: <https://bucharestearlyinterventionproject.org/>. Acesso em: 16 nov 2024.

CARVALHO, J.M. de. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. FIGUEIREDO, M. D. e FURLAN, P.G. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.P.V.(Orgs). *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothchild, 2008, pp.154-78.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 6ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979, p.33.

GUEDES, F. WAGNER, G. TERRA, L. VIANA, M.O., **Nas entranhas da Atenção Primária em Saúde**. São Paulo: Hucitec Ed.2021.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. Petrópolis: Vozes, 1995.

MARCUSE, H. **Eros e Civilização**. Rio de Janeiro. Zahar Ed. 1975.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes. 1994.

OLIVEIRA, J.A.A., TEIXEIRA, S.M.F. In: Previdência Social no Brasil – 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

RODRIGUES, P.H.A. e SANTOS, I.S. Saúde e Cidadania-uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2009, caps.: 2 e 4.

SANTOS, T.V.C. e PENNA, C.M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto e Contexto: enfermagem. Florianópolis: vol. 22, n 1, p 149-156, jan. – mar, 2013.

SOBRAL, S. Os efeitos neurológicos da Institucionalização e a importância da primeira infância. In: Anais do III Seminário Internacional de Acolhimento Familiar. AEDHA Campinas, CMDCA Campinas, Fundação FEAC, Instituto Geração Amanhã – IGA, Prefeitura Municipal de Campinas, Serviço de Acolhimento e Proteção Especial a criança e adolescente – SAPECA. 2019. Curitiba.

YOUNES-IBRAHIM, S. Mulheres sobreviventes de desastres socioambientais em Petrópolis-Rio de Janeiro: re-existências para sustentar o céu. *Psicossociologia e desastres*. 2024. 163 págs. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978. *Implementation of the Global Strategy for Health for all by the year 2000*. Copenhagen: Who regional Office for Europe, 1994. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/155590/1/WHA34_5_eng.pdf