

## DOCÊNCIA NAS PRÁTICAS DE ENSINO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE NO CONTEXTO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Silvia Regina Piesanti<sup>1</sup>

Solange de Fatima Mohd Suleiman Shama<sup>2</sup>

### RESUMO

Justificativa: A maior parte dos cursos de graduação da área da saúde estrutura seus conhecimentos, métodos e procedimentos a partir de uma visão reducionista e mecanicista baseada no pensamento tradicional cartesiano, ou modelo biomédico, cuja ênfase se dá no relacionamento distante e impessoal com o paciente. (CONDRADE et al., 2014). Segundo Cecim, 2005, a Lei Orgânica da Saúde determina em seu artigo que deveriam ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, indicando que cada uma dessas Comissões tivesse por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14). O Objetivo docente durante o percurso da especialização em docência na saúde (URFGS, FEEVALE, MS) foi refletir sobre os modelos de atividades nas práticas de ensino promovendo os processos de aprendizado na formação profissional na saúde entrelaçando-se na produção de conhecimento e do aprendizado vivenciando situações concretas do ensino e trabalho e suas potencialidades na busca pelo cuidado integral na atenção à saúde diante das necessidades de se renovar o conhecimento científico sobre saúde- doença e sujeitos- comunidade. Com esse entendimento, o docente deve assumir a tarefa de formar o cidadão/profissional como sujeito produtor do cuidado integral, deve atuar na formação dos profissionais de saúde, privilegiando a interação com vários "outro": usuário/paciente, os trabalhadores da mesma profissão, aqueles de profissões diferentes, trabalhadores de diversos níveis de hierarquia na organização, professores e preceptores (URFGS, 2014b). Concluímos que o papel de "tutoria" do docente é fundamental para direcionar o acadêmico para que reflita sobre sua prática aprimorando-a e aprendendo ter um olhar científico para produzir novos aprendizados sem perder o foco da humanização.

**Palavras-chave:** Docência. Práticas de ensino. Educação. Interdisciplinaridade.

---

<sup>1</sup> Docente na Universidade FEEVALE.

<sup>2</sup> Docente na Universidade FEEVALE.

## 1 INTRODUÇÃO

A maior parte dos cursos de graduação da área da saúde estrutura seus conhecimentos, métodos e procedimentos a partir de uma visão reducionista e mecanicista baseada no pensamento tradicional cartesiano, ou modelo biomédico, cuja ênfase se dá no relacionamento distante e impessoal com o paciente esquecendo, do contexto de vida, dos sentimentos e expectativas depositadas no contato com o profissional de saúde (CONDRATE, 2010).

Na formação e na atenção em saúde espera-se que um “aprendente” aprenda a levar em conta o outro, e que o saber científico sirva principalmente para dar conta da particularização que no momento do contato da atenção, pressupõe reconhecendo que o ato clínico em saúde opere de maneira sensível e respeitosa com identificação dos múltiplos problemas e histórias trazidas pelos usuários, interpretações, temores, valores, desejos, afetos e crenças que precisam ser adequadamente mobilizados diante das iniquidades e dos contextos da vida (UFRGS, 2014d; p. 5-6).

A consciência ética jamais pode prescindir do encontro da voz que interpela, a partir da sua exterioridade, com aquele que a escuta. E a alteridade se constitui neste espaço. Espaço chamado de dialógico, porque o Outro diferente me interpela a novas condutas e atitudes frente ao vivenciado (HAMES et al., 2008).

A constituição federal de 1988, estabeleceu que saúde é produção social, resultado de complexas redes causais que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral (BRASIL, 2009). Dentro desse contexto que as diretrizes nacionais (DNC) de cursos defendem a integralidade no cuidado a saúde e nas relações humanas, a valorização da autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e do trabalho em equipe. As DNC esperam que as instituições de ensino busquem a construção coletiva de projetos pedagógicos na qual se abre espaço para o diálogo entre as áreas do conhecimento e a sociedade (UFRGS, 2014e). Buscando o que é esperado pelas DNC e dentro do contexto trabalhado na especialização em docência desenvolvemos o projeto de pesquisa com o nosso foco voltado para doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT) e a sua relação com as deficiências

físicas encontradas na comunidade estudada, pois estávamos acompanhando os alunos do PET /Redes PCDs em uma unidade estratégia de saúde da família na região do Vale do Sinos.

Tratou-se de uma proposta de intervenção, com a população da área da ESF na unidade de abrangência do PET-Redes PCDs de um município do vale do Sinos RS, cujo diagnóstico de demanda no primeiro momento visou identificar HAS e DM e a relação com a deficiência física, bem como outras demandas como a independência funcional, utilização de redes de apoio, seguimento e acompanhamento do tratamento de saúde englobando nesse processo todas as pessoas com algum tipo de deficiência. Essa população foi acompanhada pelos acadêmicos de uma Universidade inseridos no programa emprego trabalho para a saúde (PET-Redes PCDs) do vale do Sinos RS, onde as pesquisadoras responsáveis foram mediadoras dos acadêmicos na organização e análise das informações referente a saúde, fatores de risco e sequelas apresentadas sendo que no decorrer desse processo outras demandas foram encontradas. Após o diagnóstico da demanda na saúde dos PCDs, os acadêmicos foram orientados no processo de educação, prevenção e promoção da saúde na rede de atenção envolvida no cuidado ao portador de deficiência física. A equipe da ESF, os acadêmicos e o tutor envolvido no PET Redes/PCDs desenvolveram grupo de atividades promovendo orientações diversas sobre saúde, cuidado e autocuidado aos PCDs e aos seus cuidadores. Participamos de três encontros nesse grupo de apoio aos cuidadores. Realizamos no primeiro momento um diagnóstico da demanda na saúde dessa população. Juntamente com os acadêmicos participantes do PET para refletir sobre a importância de valorizar a narrativa do adoecimento e da demanda de saúde da população, para promover estratégias buscando maior resolubilidade e participação comunitária. Quando iniciamos nossa vivência nesse estudo nos inserimos na equipe multidisciplinar através da participação dos encontros com enfoque educativo para familiares dos PCDs, acadêmicos do PET e equipe da unidade ESF, além disso iniciamos um levantamento retrospectivo nas fichas de avaliações realizadas nos domicílios dos PCDs dessa comunidade, tendo como objetivos o levantamento epidemiológico, conhecer o impacto na saúde e na independência funcional, diagnóstico da demanda dos cuidados na saúde, das doenças prevalentes, e a caracterização das PCDs. Durante esse levantamento de dados discutíamos os aspectos avaliados com os acadêmicos do PET. Essa primeira etapa foi fundamental para o

fortalecimento do vínculo com a equipe multidisciplinar e familiares dos PCDs. Nesse contexto buscamos a abordagem de promoção da saúde definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde. Sendo assim, entende-se a participação do estado, da comunidade (universidade), família e indivíduo, buscando reflexões entre os diversos atores com o objetivo de melhorar as ações para a promoção da saúde.

A primeira reflexão foi sobre: como nos vemos nesse papel de atores? Quais são nossas responsabilidades? Como estamos estimulando nossos acadêmicos a serem aprendentes? Os saberes e fazeres da integralidade para se realizarem como prática, implicam inexoravelmente uma dimensão ética, pois tanto a disposição para o encontro entre profissionais e usuários quanto as escolhas que devem emergir desses encontros estão relacionados com o reconhecimento e o exame racional das pretensões de validade das diversas concepções e proposições dos sujeitos envolvidos acerca do que seja a Boa Vida (Habermas, 1998). A proposta da Política Nacional de Humanização – PNH (Ministério da Saúde, 2004) parece ser uma das mais consequentes respostas das políticas de saúde do Brasil a essa inexorável presença da ética no âmbito da construção do SUS. Com efeito, desde suas origens, no Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principialismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral (Deslandes, 2004; Ministério da Saúde, 2004).

O interesse que move o profissional de saúde já está, em geral, muito claramente colocado: a identificação e prevenção ou correção de disfunções, dismorfias ou riscos. Ele tem um conjunto de saberes determinado a priori – saberes técnicos e científicos. Seu papel ali está definido como um trabalho, com regras e finalidades igualmente bem delimitadas. Já o usuário chega de modo muito diverso a esse encontro. Há algum tipo de sofrimento ou preocupação, alguma fragilização que o move, e isso, por si só, já faz toda a diferença. Além disso, ele traz saberes, mas saberes não especializados, não passíveis de um controle a priori. No entanto, esses saberes têm a chancela da experiência, da vivência mais profunda daquilo que é (ou deveria ser) o motivo central do encontro

com o profissional. Os saberes de caráter tecnocientífico frequentemente assumem uma centralidade excludente de qualquer outro tipo de discursividade no encontro assistencial. As finalidades instrumentais justificam uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, cabendo a este um lugar subordinado. Assim, o usuário deixa-se reduzir, não sem resistências, maiores ou menores, à condição de suporte de um objeto a ser conhecido e transformado pelo profissional (Ayes, 2007). É preciso, em outros termos, que o enfoque instrumental do encontro assistencial seja incorporado em um enfoque hermenêutico (Idem), caracterizando o cuidado como verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários (AYRES, 2009).

Muitas vezes cometemos equívocos, motivados por nossos saberes técnicos, pela idéia de subordinação e hierarquização, que colocam o profissional da saúde separados por uma barreira cultural, o excesso de cientificidade que muitas vezes dificulta os processos que poderiam ter uma abordagem mais simples e nem por isso menos científica. Essa dificuldade foi percebida no momento da análise das fichas de avaliação utilizadas nos domicílios. Muitos instrumentos ou protocolos de avaliação utilizados não faziam parte da rotina de algumas especialidades que estavam no PET/redes PCDs. No momento do levantamento de dados, muitas informações relevantes não estavam presentes por falta de entendimento do protocolo utilizado, aí entra outras reflexão o treinamento e desenvolvimento conjunto desses instrumentos, com objetivos voltados para a demanda da comunidade estudada. No enfoque acadêmico temos a típica ansiedade de colocar o nosso conhecimento na frente da demanda, que podem não surtir efeitos no processo de aprendizado do acadêmico, da equipe e da comunidade.

Em nossa intervenção foi possível observar que 20% da população de PCD estudada concentra-se na faixa etária de 51 a 60 anos de idade, e 52% dessa população é do sexo masculino e 48% do sexo feminino contrariando os valores percentuais apresentados no relatório mundial de deficiência da OMS de 2011 que relata que em todos os países os grupos vulneráveis como mulheres, pessoas no limiar de pobreza e idosos apresentam incidências superiores de deficiência. Podemos constatar que teoricamente essa população deveria ser economicamente ativa, pois se somarmos os valores dos percentuais por faixa prevalentes na população entre 21 a 30 anos (17%),

31 a 40 anos (10%), 41 a 50 anos (6%) e 51 a 60 (20%), teremos um percentual de 53% da população estudada em faixa etária produtiva. Para essa população além de estudar os fatores de risco que podem vir a agravar a sua condição de saúde e qualidade de vida é muito importante conhecer sua capacidade funcional e cognitiva a fim de promover atividades que possam resgatar a dignidade e autoestima para estes indivíduos. O trabalho não constitui mera forma de sobrevivência. Sua importância transcende questões de ordem prática e adentra a seara da dignidade humana. O direito pós-moderno tem como principal objetivo a garantia desta dignidade que se traduz no desenvolvimento das potencialidades produtivas do indivíduo dentro da sociedade (ARAÚJO E FERRAZ, 2010). O indivíduo que é considerado diferente carrega consigo as marcas da alteridade que o distanciam do protótipo social de uma cultura dada. Essas marcas delimitam além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo inclusive lhe comprometer a conquista da cidadania (FRANÇA E PAGLIUCA, 2009). Por esse motivo é muito importante, que, nas visitas domiciliares tanto os agentes quanto os acadêmicos tenham sempre claro que é necessário conhecer o indivíduo no seu contexto sócio econômico e cultural além dos aspectos relacionados a doença de uma forma reducionista.

Outro dado que podemos observar referente à faixa etária é o percentual de 7% de PCDs com menos de 10 anos de idade e 13% com idade entre 11 a 20 anos. Cabe a nós questionarmos quais são as perspectivas de vida que a sociedade e as políticas de saúde e de inclusão social promovem para esta população? Como a atuação dos serviços de saúde entrelaçados com a comunidade e os saberes das instituições de ensino podem colaborar para melhorar na aquisição de elementos nos mostrem as reais condições de vida e de saúde das pessoas com deficiência?

Segundo o IBGE de acordo com o censo demográfico (2010), aproximadamente 45 milhões de pessoas tem alguma deficiência, representando um percentual da população de 23,9% da população brasileira. Dessas, 648.921 estão matriculadas na rede regular de ensino da Educação Básica, segundo o Censo Escolar do MEC. Porém, ainda não existem indicadores precisos para definir a real situação escolar dessa faixa da população. O ideal seria obter a taxa de escolarização dos indivíduos entre 4 e 17 anos com algum tipo de deficiência, ou seja, a proporção de pessoas nessa faixa etária que frequenta a escola em relação ao total da população do mesmo grupo etário.

O problema é que as duas bases de dados disponíveis, do IBGE e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), ligado ao MEC, não são compatíveis e, portanto, não se pode cruzá-los para obter a taxa de escolarização dessa fatia da população. Isso porque os dois órgãos adotam critérios diferentes para definir o que é deficiência. O IBGE, por exemplo, não coleta dados sobre transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, apenas de brasileiros com dificuldade permanente para enxergar, ouvir ou caminhar e deficiência mental/intelectual permanente (BRASIL, 2010).

Observamos nesse aspecto que quando não temos dados estatísticos que representem a realidade de uma determinada população, fica difícil buscar a solução com a criação de políticas de saúde e ou de educação e inclusão. A demanda precisa ser real para ser acolhida intersetorialmente abrangendo desde a prestação dos serviços de saúde, gestão e órgãos reguladores do estado para que consigam trabalhar promovendo o bem social.

Dentro do ambiente universitário é muito importante estimularmos este olhar reflexivo e amplo buscando formar o acadêmico com capacidade de enxergar o processo de vida e saúde dentro do limiar estabelecido pelas influências ambientais e sócio culturais onde as pessoas vivem. Dados sobre todos os aspectos da deficiência e seus fatores contextuais são importantes para se construir um quadro completo da deficiência e da funcionalidade. Sem informações sobre como os problemas particulares de saúde em interação com as barreiras ambientais e os elementos facilitadores afetam as pessoas nas suas vidas cotidianas, é difícil determinar o escopo da deficiência. Pessoas com a mesma deficiência podem enfrentar tipos e graus de restrição muito diferentes, dependendo do contexto. As barreiras ambientais para a participação podem divergir consideravelmente entre países e comunidades (OMS, 2011).

Nesse contexto é muito importante o papel mediador do docente para direcionar o acadêmico durante o processo de interlocução e avaliação da saúde, para que seja capaz de perceber as particularidades e necessidades de cada indivíduo e que após consiga refletir sobre o diagnóstico de saúde de uma determinada comunidade dentro das particularidades apresentadas para o grupo sob seus cuidados, entendendo o seu papel e suas responsabilidades. Informações precisas sobre condições socioeconômicas e de saúde devem ser sempre o objetivo tanto do

acadêmico quanto da equipe da ESF para que o processo de matriciamento do NASF seja efetivo e apresente a maior resolubilidade possível em cada contexto específico.

As responsabilidades a que me refiro começam pelo conhecimento das políticas de saúde e redes de apoio. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Quando nos referimos as pessoas com deficiência é muito importante conhecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que foi instituída pela Portaria No 793, de 24 de abril de 2012, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Durante a análise das fichas de visitas aos PCDs foi possível diagnosticar que poucos PCDs fazem uso de algum tipo de rede de apoio, sendo esse um dado preocupante e que nos remete a necessidade de buscar o motivo para a pouca utilização das redes de apoio para posteriormente reverter essa realidade. As redes de apoio são fundamentais para a promoção da interação social e à construção de direitos.

Em nossa proposta de intervenção com os PCDs, podemos constatar que há algumas lacunas nos aspectos relacionados ao meio onde o indivíduo vive, bem como as condições sócio econômicas e culturais. Para que busquemos novos instrumento de diagnóstico, precisamos capacitar. Segundo Jaeger e Ceccim (2004), “as demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas”.

Fazer parte de uma universidade, seja como docente seja como gestor/a ou como estudante, é algo que desperta o interesse por melhor compreender a dinâmica desta instituição



no desempenho de suas funções básicas e o seu papel capital na produção e difusão do conhecimento para o desenvolvimento de uma determinada sociedade. O papel da universidade, tratando-se da dimensão da responsabilidade social universitária e como complemento das suas funções básicas de ensino, pesquisa e extensão, é também o de desenvolver mentes humanas proativas para o pleno exercício da cidadania, através de ações criativas capazes de construir sociedades socialmente responsáveis e economicamente sustentáveis. Assim, diz-se que a universidade tem papel capital na promoção de ações de responsabilidade social, ou seja, ela concretiza o seu papel de instituição geradora de conhecimento através da responsabilidade social universitária no processo que inter-relaciona ensino, pesquisa e extensão. A responsabilidade social da universidade, enquanto conjunto de ações coletivas da universidade em prol do desenvolvimento da comunidade e também de seus pares diretos, é um conceito multifacetado porque está diretamente atrelado ao modelo de universidade e à forma como esta se organiza enquanto instituição. A universidade, portanto, acaba por definir a finalidade do conhecimento por ela produzido, quase sempre a partir de pressões do campo social, político e econômico (RIBEIRO E MAGALHÃES 2014).

É baseado nesse conceito que considero fundamental relatar a experiência desse trajeto aprimorando do olhar docente na interdisciplinaridade no contexto da saúde. Iniciamos com a preocupação de colocar em prática um projeto e a partir da leitura dos textos e das vivências com o olhar mais reflexivo focado na interdisciplinaridade os horizontes se ampliaram para o fazer docente diário, buscando sempre promover uma formação acadêmica mais reflexiva, levar ao grupo de docentes essa preocupação e propor estratégias para alcançar essas metas e a interdisciplinaridade e responsabilidade docente. É fundamental o docente estar próximo do acadêmico, no processo de ensino para o trabalho e também para a abordagem prática nos serviços de saúde. Essa colocação não se faz no sentido de dizer o que fazer, mas no sentido de direcionar, educar, instigar o senso crítico e a autorreflexão de suas ações e acima de tudo encantar o acadêmico através de exemplos de atuação.

## REFERÊNCIAS

CONDRADE, TÂNIA VALÉRIA LEAL et al. Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 25-35, 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3905/2/000006.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2005, v. 10, n. 4, p. 975-986. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123>>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde: Docência e práticas de redes na gestão, atenção e participação em Saúde**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014b. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde: Texto-base**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014B. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 nov. 2014. 32005000400020>. Acesso em: 29 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde: O protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014 e. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). **Curso de Especialização em Docência na Saúde: O portfólio reflexivo e a metacognição narrativa: avaliação, reflexão e fabulação na construção/reconstrução de seu próprio conhecimento**. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014 d. Material de apoio do Curso de Especialização Docência na Saúde. Disponível em: <<https://moodle.ufrgs.br>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

HAMES, MLC; et al. Alteridade como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. **Revista brasileira de enfermagem**, a. 17, v. 61, n. 2, Brasília, 2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. Censo Demográfico, 2010: características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS** – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009 (Série B Textos Básicos de Atenção à Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o Sistema de Saúde**. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2005, v. 10, n. 4, p. 975-986. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, jan. 2004

FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão Social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem**. USP, 2009, v. 43.

HAMES, MLC; et al. Alteride como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. **Revista brasileira de enfermagem**, a.17, v. 61, n. 2, Brasília 2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. Censo Demográfico, 2010: características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2014.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OMS. RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA. **Relatório mundial sobre a de ciência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos**. - São Paulo: SEDPCD, 2012. 334 pp. Título original: World report on disability, 2011. MDS.gov.br. Disponível em: <[whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2015.

RIBEIRO, Raimunda da Cunha; MAGALHÃES, António M. Política de Responsabilidade Social na Universidade: Conceitos e Desafios. **Revista Educação Sociedade e Cultura**, n. 42, 2014. Disponível em: <[http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC42\\_10RaimundaRibeiro.pdf](http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC42_10RaimundaRibeiro.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

AYRES, JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção à saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 72p – (B Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; V8).