

Acciones para la salud general y bucal con pacientes psiquiátricos en talleres terapéuticos

*Liliana Ganciné Copês**, *Márcia Cançado Figueiredo***, *Katia Silva****

Resumen

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Brasil, el 3% de la población general presenta trastornos psiquiátricos severos y persistentes y un 12% necesita de algún tipo de tratamiento psiquiátrico, sea continuo o eventual. El objetivo de este trabajo es informar sobre la experiencia de algunos emprendimientos en acciones de salud, técnicas y metodologías con pacientes psiquiátricos en régimen de tratamiento intensivo del Centro de Atención Psicossocial I (CAPS) "La Otra Casa", localizado en el municipio de São Sepé, Rio Grande do Sul, Brasil. En el período enero-junio 2009, fueron realizados talleres terapéuticos con pacientes en distintos grupos, desarrollando actividades educativas y preventivas empleando materiales reciclables, pretendiendo promover la socialización de los individuos, mejorar su autoestima, obtener mejoras en el autocuidado corporal, además de crear una mayor conciencia ambiental en la institución en relación al aprovechamiento de los residuos sólidos.

Abstract

According to Brazilian Health Department, 3% of the general population has severe and persistent mental disorders, and 12% needs some care in mental health, whether continuous or fortuitous. The aim of this work is illustrate the experience of some investments in initiatives of health, techniques and methodologies with psychiatric patients in intensive treatment regime of the Center for Psychosocial Care I (CAPS) located in the municipal district of São Sepé, Rio Grande do Sul, Brazil. During the period January - June 2009 it was made some workshops with groups of patients, with recreational activities, and oral prevention activities in which were employee recycled materials, to promote socialization of individuals, to improve their self-appreciation and therefore to stimulate body and oral care and to create an institutional environmental awareness in relation to the use of solid waste.

Palabras clave: Pacientes psiquiátricos. Educación en salud. Odontología.

Keywords: Mental patients. Health Education Dentistry.

* Prof. Responsable de la Cátedra de Odontología para pacientes discapacitados de la Facultad de Odontología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

** Especialista en Salud Colectiva y Odontólogo del municipio de São Sepé, Rio Grande del Sur, Brasil.

*** Prof. del Curso de Extensión Universitária: Odontología para pacientes discapacitados de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal del Rio Grande del Sur, Brasil.

Fecha recibido: 18.10.10 - Fecha aceptado: 16.12.10

Introducción

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en Brasil llevan a cabo un tratamiento extra hospitalario, de base comunitaria, trabajando para la recuperación e integración social de individuos con disturbios mentales, sin que sean aislados de la comunidad ni sufran la separación de su familia. El municipio de São Sepé se localiza en la región central del estado de Rio Grande do Sul en Brasil y tiene alrededor de 26 mil habitantes. Cuenta con un establecimiento de atención psicosocial modalidad I (CAPS I) “La Otra Casa”, con un equipo de salud estable compuesto por distintos profesionales, como psicólogos, psiquiatras, médico clínico general, enfermeros, técnicos de enfermería, asistente social y monitores responsables de los talleres terapéuticos, entre otros. La atención odontológica lamentablemente no está prevista entre las acciones para el cuidado de la salud, desarrolladas por los CAPS, no integrando al odontólogo en el equipo de salud. De ese modo, en el municipio de São Sepé, se presentan, en la mayoría de las veces, situaciones de urgencia odontológica, debiendo ser derivados los pacientes para su tratamiento al servicio ambulatorio de la Secretaria de Salud. Asimismo, se nota que no hay distribución de los recursos necesarios para realizar la higiene bucal por los pacientes de los CAPS.

La propuesta del presente manuscrito fue acompañar, documentar y difundir los diversos tipos de trabajos producidos, por los pacientes psiquiátricos en régimen de tratamiento intensivo del Centro de Atención Psicosocial I “La Otra Casa”, en talleres terapéuticos, mostrando las diferentes formas de comunicación, entendimiento y producción subjetiva de salud y específicamente de salud bucal. Propuso a través de ese trabajo estimular los cuidados bucales en pacientes psiquiátricos en régimen de tratamiento intensivo, invirtiendo en acciones de salud, técnicas y metodologías que procuraron integrar: educación en salud, cuidado del medio ambiente, valoración de los individuos y promoción de la salud general y bucal. Se buscó contribuir con la rehabilitación de los pacientes del CAPS I, por medio de la estimulación de la

confianza, autoestima y mejora de su imagen, factores fundamentales para el bienestar y el pleno desarrollo del ser humano. Pretendió también despertar la sensibilidad con los problemas del medio ambiente, por medio del uso de materiales reciclables en los talleres terapéuticos. De esta manera, implementó un nuevo modelo de atención bucal en el servicio público municipal, superando el viejo tratamiento de las secuelas de las enfermedades, con un nuevo modelo preventivo-educativo contemplando más íntegramente las necesidades de esa población.

Revisión

Durante mucho tiempo cualquier sufrimiento mental ha sido sinónimo de internación en hospitales psiquiátricos. De acuerdo con Pessotti en 1996 (1) el siglo XIX fue el período en que más se crearon manicomios y que más se apuntó a la terapia hospitalaria para el tratamiento de los disturbios mentales. Con la consagración de ese modelo de atención, cada vez aumentaba más el número de los pacientes que eran retirados de la convivencia con la familia y con la comunidad, quedando aislados y sufriendo los más diversos tipos de tratamiento, la llamada violencia asilar. Las características de ese modelo fueron: una creciente demanda de pacientes, la falta de profesionales para cubrir esa demanda, la necesidad de ampliar estructuras físicas que generaron enormes gastos y ningún impacto. A partir de la mitad del siglo XIX surge en Francia el movimiento anti-manicomio, en el cual toman parte la comunidad científica, la prensa y las instituciones civiles, apuntando a la necesidad de retirar de los manicomios a la mayoría de los pacientes, considerándose adecuada la permanencia apenas de quienes resultaban un potencial peligro para ellos mismos o para terceros (2, 3).

En Brasil, al final de la década de los 70, luego del inicio del Movimiento Sanitario, la Reforma Psiquiátrica surge como un proceso de reformulación de la atención a los pacientes psiquiátricos, re direccionando el tratamiento para un modelo sustituto extra hospitalario, de base comunitaria (4). El Ministerio de Salud de Brasil, a partir de las

recomendaciones de la Organización Panamericana de Salud (OPS), contenidas en la Carta de Caracas (1990), definió una nueva política de salud mental (5), teniendo como objetivo reducir progresivamente los institutos psiquiátricos y calificar, expandir y fortalecer la red de atención extra hospitalaria con la integración de: Centros de Atención Psicosocial (CAPS), Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTs) y Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG).

De acuerdo con la Legislación en Salud Mental del Ministerio de Salud de Brasil (6, 7) existen tres modalidades de atención diferentes en los Centros de Atención Psicosocial, definidos por orden creciente de nivel de complejidad y alcance poblacional, conforme se encuentra especificado en la Portería 366 de 10 de febrero de 2002. Las modalidades son: a) CAPS I que presta atención psicosocial en municipios de 20 a 70 mil habitantes, b) CAPS II que atiende municipios de 70 a 200 mil habitantes y c) CAPS III en municipios de más de 200 mil habitantes (8). Además, existe la modalidad CAPS II que ofrece atención psicosocial específicamente a niños y adolescentes siendo referencia para una población de 200 mil habitantes (o conforme a algún otro parámetro poblacional definido por el gestor local basándose en datos epidemiológicos) y el CAPSad II, para atención psicosocial de pacientes con trastornos originados por el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para municipios de hasta 70 mil habitantes.

De acuerdo a lo establecido en la Portería 366 de 10 de febrero de 2002 del Ministerio de Salud de Brasil, las prestaciones asistenciales que le caben a los pacientes en los CAPS I incluye:

- atención individual (medicamentos, psicoterapia y orientación),
- atención en grupos (psicoterapia, grupo operativo, actividades de soporte social),
- atención en talleres terapéuticos dirigidos por profesionales de nivel superior o medio,
- visitas domiciliarias, atención a la familia, actividades comunitarias enfocando la integración del paciente en la comunidad y su inserción familiar y social.

Los pacientes, en función de su cuadro clínico y esquema terapéutico prescrito, pueden frecuentar los CAPS diariamente o en días alternados, durante un turno o medio turno, observando regímenes intensivos, semi-intensivos y no-intensivos, conforme su necesidad. Los pacientes asistidos en un turno (4 horas) en los CAPS I reciben una comida diaria y los asistidos en dos turnos (8 horas) reciben dos comidas diarias.

Para Cedraz y Dimenstein (9), los talleres terapéuticos son uno de las principales recursos de tratamiento que se llevan a cabo en los establecimientos de atención psicosocial. Se reconoce que es la estrategia recomendada para la rehabilitación psicosocial, pues los pacientes tienen la posibilidad de realizar actividades en un espacio propicio para la creación y la transformación y, por tanto, para la construcción de nuevas formas de vida, integrando salud y convivencia social, lo que favorece su reinserción en la comunidad.

De acuerdo con Starfield (10) todo sistema de salud tiene dos metas principales que son: optimizar la salud de la población a través del empleo del conocimiento más avanzado sobre las causas de las enfermedades, manejo de las molestias y maximización de la salud, y minimizar las desigualdades en los grupos poblacionales a fin de garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud y en su capacidad para alcanzar un nivel óptimo de salud. Es bien conocido que la Atención Primaria de la Salud (APS) fue la estrategia adoptada en Alma Ata (1978) por la Organización Mundial de la Salud y aprobada por los países miembros para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000. Pues es esta estrategia de APS la que permite que las dos metas mencionadas de un sistema de salud -optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos- resulten equilibradas. Para Starfield, la APS organiza y racionaliza la distribución de todos los recursos, tanto básicos como especializados, re direccionándolos de una práctica curativa hacia un abordaje preventivo y de promoción, basándose en el mantenimiento y mejora de la salud. En la estrategia de APS, el nivel básico de atención es ofrecido a todos, enfatizando algunas características como: el acceso (primer paso para el suceso), creación de vínculos

(compromiso del profesional con el paciente y su familia) y garantizar el cuidado de la salud en todos los niveles de complejidad a lo largo del tiempo.

Los informes del Ministerio de Salud comunican que Brasil presentó grandes avances en los últimos 10 años, en relación a la prevención y el control de la enfermedad caries dental en niños pero que la situación de salud bucal en poblaciones de adolescentes, adultos y ancianos se encuentra entre las peores del mundo. Asimismo, en niños persisten los problemas gingivales y dificultades para acceder a la atención odontológica. Buscando ampliar el acceso a nivel nacional así como ofrecer atención especializada, en el año 2004 se implantó el Programa “Brasil Sonriente” siendo la primera política nacional de salud bucal creada en el Brasil (2008). Las enfermedades, caries dental y lesiones periodontales, son las dos patologías bucales más prevalentes en la población. Tanto la caries dental (considerada como una enfermedad dinámica causada por la interacción de múltiples factores) como las enfermedades gingivo-periodontales (de patogenia bastante compleja) reconocen el papel esencial de la placa bacteriana en su establecimiento y progresión por lo que son identificadas como enfermedades de naturaleza infecto-inflamatorias (11, 12). Así, las patologías bucales más prevalentes son biofilm-dependientes y es aceptado universalmente que éstos pueden ser desorganizados con una correcta higiene oral. Lo establecido apunta a que las dos principales enfermedades que afectan a la población pueden ser evitadas con un énfasis importante en educación en salud, donde las personas y comunidades reciban la información necesaria. En el área de la Promoción de la Salud, la Educación en Salud demostró ser un importante componente de modo que las informaciones sobre salud general y bucal se incorporan como parte del estilo de vida.(13). Entretanto, se sabe que la propuesta de educación en salud debe lidiar con el contexto natural, en el cual existe la enfermedad, influenciando las respuestas de las personas a sus problemas de salud y dificultando su motivación para un cambio de hábito en base a teorías educativas solamente. Por lo tanto, la adecuada formulación consiste en

la visión integrada de las diferentes dimensiones y también a la evaluación de las acciones con la perspectiva de la atención de la salud (14). De acuerdo con las Directivas de la Política Nacional de Salud Bucal, “*la educación en salud comprende acciones que tienen como objetivo la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad incluyendo factores de riesgo y de protección, así como posibilitar al usuario cambiar hábitos apoyándolo en la conquista de su autonomía. La atención de la salud bucal debe considerar tanto las características sociales como las peculiaridades culturales, al promover por ejemplo una alimentación saludable, el mantenimiento de la higiene bucal y la importancia del autocuidado, considerando que la boca además es un órgano de expresión de sentimientos y defensa*”. Considerando que las Políticas Nacionales de Salud Bucal y de Salud Mental, la Atención Primaria de la Salud, y los principios del Sistema Único de Salud (SUS): integración, equidad y universalidad, son componentes necesarios en los modelos asistenciales de salud bucal. Esto cobra especial relevancia en los pacientes vulnerables que tienen capacidad limitada de realizar cuidados bucales y el acceso dificultado por múltiples factores (disturbios en la comunicación).

Con el objetivo de introducir tecnologías sociales en políticas públicas para repensar la asistencia odontológica municipal, se buscó promover acciones para la salud bucal a través de las actividades llevadas a cabo en los talleres terapéuticos con los pacientes psiquiátricos en régimen de tratamiento intensivo del CAPS I “La Otra Casa”. De ese modo, fueron estimulados los cuidados bucales, buscando trabajar la educación en salud de forma horizontal, sumando el saber científico con los saberes y las vivencias personales. Se observa que las actividades que se integraron a los talleres resultaron también en una mejora en el relacionamiento de los pacientes, en su imagen, en su confianza y en la autoestima, factores fundamentales para el bienestar y pleno desarrollo del ser humano, contribuyendo a su rehabilitación psicosocial. En busca de una herramienta social que pueda ser usada para disminuir las diferencias sociales en salud, se desarrolló el KIT-PET, que es un conjunto de porta cepillo de diente y porta hilo dental

alternativo realizado con materiales de bajo costo. El KIT-PET es una tecnología social confeccionada con materiales reciclados, que comienza a generar una sensibilización de la institución en las cuestiones que involucran el gerenciamiento de los residuos sólidos (Figueiredo, et al 2008)(14) En Brasil se colectan diariamente 125.281 mil toneladas de residuos y el 63,6% de las municipalidades brasileras vierten sus residuos en basurales, sin tratamiento y saneamiento básico adecuados, como en los terrenos sanitarios. Trigueiro (15) estima que el 40% de los residuos sólidos domésticos que ocupan espacio en los basurales, son reciclables. Dada la cantidad y variedad de desechos que el actual modo de vida humano produce, cada vez se apunta con mayor énfasis al reciclaje, la reutilización y la disminución de la generación de residuos como una solución inteligente, creativa y poco onerosa, previniendo la polución del suelo, de las aguas y del aire, además de la proliferación de vectores de enfermedades. De acuerdo con Figueiredo et al (14), una de las grandes ventajas del KIT-PET es que el porta-cepillos hecho con botellas PET evita la contaminación de los cepillos dentales en ambientes de higiene precaria, ya que posee tapa y la contaminación entre ellos al realizarle orificios separados para que cada cepillo sea guardado sin contacto con los otros. El hilo dental alternativo es confeccionado usando bolsas de rafia, embalaje muy utilizado para transportar legumbres y que también se las encuentra en tiendas de artesanías.

Material y método

El trabajo fue realizado en un CAPS modalidad I, “La Otra Casa”, único establecimiento de Atención Psicosocial del municipio de São Sepé, localizado en la región central del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. La población estuvo conformada por 32 pacientes psiquiátricos bajo tratamiento intensivo. Representa un trabajo de extensión que pretendió promover una mejora en la calidad de vida y en la auto-estima de los pacientes, beneficiándolos con los cuidados preventivos en salud bucal, ya consagrados en la literatura, como es el cepillado bucal supervisado

con dentífrico fluorado. Después de la aprobación de la Intendencia local que firmó una autorización para dar permiso para realizar este estudio, fueron realizadas una serie de visitas programadas al CAPS I “La Otra Casa” por un odontólogo de la red básica de salud, con el objetivo de conseguir la ambientación necesaria para integrarse al funcionamiento de la unidad y del servicio, como una aproximación gradual y la creación de vínculos con los pacientes.

Las actividades realizadas incluían:

- Visitas quincenales al Centro de Atención Psicosocial CAPS I “La Otra Casa” São Sepé, en el período de julio a diciembre 2008 y enero a junio 2009;
- Acciones preventivas individuales y colectivas, con la aplicación tópica de fluoruro (crema dental 1500 ppm de fluoruro) a través de cepillado supervisado cada 15 días;
- Acciones educativas colectivas: en los talleres distribuidos por grupos: se utilizaban títeres y presentaciones musicales;
- Confección de los KITs-PET y de hilo dental alternativo en los talleres (Figs. 1 - 4), para la posterior distribución a cada uno de los pacientes (Figs. 5 - 7).
- Confección de los KITs-PET e hilo dental alternativo:

El KIT-PET porta-cepillos es confeccionado con botellas PET de 2 litros, lavadas y desinfectadas con alcohol. Se cortan horizontalmente y en la porción inferior (invertida) se realiza un orificio central para el dentífrico y orificios para los cepillos de acuerdo con el número de miembros que integran la familia (Fig 1). Los orificios pueden ser realizados con auxilio de un instrumento de metal caliente. La parte superior de la botella se coloca como tapa del porta-cepillos (Fig. 2).

El hilo dental alternativo es realizado con bolsas de rafia fina que fueron desechadas, lavadas con agua y jabón y después curadas al sol con agua sanitaria hasta que queden blancas y secas. Las bolsas se cortan en cuatro partes iguales, recuperándose los



Fig. 1



Fig. 2

hilos de rafia de unos 30 cm. de largo (Fig. 3), que son colocados en el porta hilo dental realizado con botellitas PET (600 ml.) o con el mismo

embalaje de vidrio o plástico (Fig. 4) representando una opción sencilla y prácticamente sin costo para la higiene bucal de zonas interproximales.



Fig. 3



Fig. 4



Fig.5



Fig. 6



Fig. 7

Resultados y discusión

La integración y la socialización entre los pacientes y el profesional de la red básica de salud fueron aconteciendo de manera gradual y continua, posibilitando un ventajoso crecimiento personal y social. A medida que se realizaban los encuentros, fue notoria la participación de los pacientes y mucha voluntad de colaborar. Aún en aquellos que presentaban ciertas dificultades motoras, se percibió gran preocupación con la estética de los dientes y cuidados de la boca y gran receptividad a las visitas del odontólogo y a la realización de la higiene bucal. Se buscó trabajar los factores ambientales, fuertes condicionantes de sus hábitos, y consecuentemente de su salud, buscando crear ambientes funcionales, en los cuales las elecciones más fáciles y más próximas fueran también las más saludables, como por ejemplo, disponer siempre y de fácil acceso de los materiales para la realización de la higiene bucal. Los pacientes fueron profundizando su compromiso, colaborando en la consolidación de los resultados, tales como, la socialización, el desarrollo físico e intelectual, adquisición y producción de conocimientos y experiencias, fortaleciendo y motivando el cambio en el modelo de atención odontológica de la municipalidad.

El trabajo en los talleres funcionó como catalizador para el entendimiento y producción subjetiva de salud convirtiéndose en un espacio para expresión de los saberes y construcción de transforma-

ciones sociales, en el cual el profesional de salud actuó como orientador. Es sabido que a pesar de las inversiones para la salud bucal por parte del Gobierno Federal, las poblaciones más carentes siguen teniendo muchas dificultades para el acceso a la asistencia odontológica y este problema es aún más grave cuando se trata de pacientes con sufrimiento psíquico ya que se suma que la gran mayoría de los odontólogos no se sienten capacitados para asistirlos. Por eso, es importante que el Sistema de Salud sea repensado a fin de proteger a estos pacientes vulnerables, que raramente poseen condiciones de cuidar de sí mismos, resultando muchas veces mutilados por extracciones dentarias múltiples, tornándose víctimas del modelo de Odontología quirúrgico-restauradora.

De ahí se destaca la pertinencia de la discusión sobre la formación de recursos humanos en salud y la urgencia para implementar cambios curriculares en Odontología, para que los profesionales puedan contribuir de forma consciente en este proceso histórico de valorización del paciente con problemas mentales, con mayor respeto a la diversidad y una mirada más abierta que permita entender la complejidad de los determinantes y condicionantes sociales de la enfermedad y la urgencia de reflejar alternativas sociales, humanas y éticas para la producción de la salud.

Para Ledo y Zoe (16) el modelo universitario que se desarrolla en Cuba responde a las características necesarias de formación de recursos humanos en salud: científica, tecnológica y humanista, con un

fuerte compromiso social que garantiza la oportunidad a todas las personas de Cuba de acceder a la educación media y superior sin límites ni restricciones, cuyo paradigma está en brindar a la sociedad un profesional formado de manera íntegra, profesionalmente competente, con preparación científica para aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para vivir en la sociedad de esta época, y servirla con sencillez y modestia, con los valores como pilar fundamental de su formación. Basado en ese modelo cubano, de acuerdo a las necesidades de la competencia y el desempeño que requiere el personal de la salud en el manejo de la información dirigida al conocimiento del estado de salud de la población y la toma de decisiones para la conducción de los procesos y actividades del Sistema Nacional de Salud, se diseñó el modelo de este perfil, que tiene como ideas rectoras la formación de valores, el estudio en el trabajo y la formación teórico-práctica.

El esquema del modelo educativo de Cuba pone de manifiesto la filosofía y el contexto en que se desarrolla de acuerdo a las ideas rectoras, la misión de la educación superior y la salud pública cubana, su enfoque por competencias basado en el análisis de las funciones que estos recursos deben desarrollar en cada puesto de trabajo de los servicios de salud; el modelo pedagógico centrado en el modelo de aprendizaje según las necesidades, modalidades, ciclos y la aplicación de las nuevas tendencias de la educación moderna; el rol de los profesores desde los ángulos del profesor, instructor, tutor y consultante, y otros elementos pedagógicos en cuanto a contenido, métodos, recursos de aprendizaje, evaluación y certificación; así como, el enfoque curricular en cuanto a las cualidades que debe tener de acuerdo a su sistematicidad, flexibilidad, pertinencia, transversalidad, contextualización, integración e investigación; sus objetivos educativos e instructivos, el plan de estudios y la evaluación tanto interna como externa a que es sometido.

Uno de los aspectos más relevante en los procesos de enseñanza-aprendizaje debe ser la aplicación de las tendencias modernas de construcción del conocimiento, centrado en el estudiante, cuyo

perfil formativo es aprender a aprender, aprender-haciendo y aprender a ser el profesional a que se aspira, basado en métodos crítico-reflexivos que mantienen como principio central la investigación-acción e incluye nuevos conceptos de desarrollo profesional donde los sujetos de aprendizaje no pueden estar separados de su acción y de su vivencia, asentándose en el principio de reflexionar sobre la propia práctica como una instancia ineludible de innovación y transformación de los procesos educativos para autorregular la intervención y el rol docente según las condiciones objetivas y subjetivas.

Conclusiones

Del modelo de experiencia realizada en el CAPS I “La otra mirada” se concluye:

1. La importancia de implementar acciones preventivas individuales y colectivas como el cepillado bucal supervisado quincenal, con dentífrico fluorado quincenales que generaron la participación directa y efectiva de los pacientes psiquiátricos en todo lo que implica su vida, su salud general y bucal.
2. Lo relevante de las actividades desarrolladas en los talleres terapéuticos que funcionaron como catalizador para el entendimiento y producción subjetiva de salud de los pacientes psiquiátricos.
3. La confección de los KITS-PET y de hilo dental alternativo en los talleres y su posterior distribución a cada paciente, validó este recurso como estrategia y contribuyó en la inclusión, la socialización y el intercambio de experiencias de los pacientes psiquiátricos que llevaron a cabo esta experiencia sobre la mejora de su autoestima y en el autocuidado corporal.
4. Se observó que las actividades que se integraron a los talleres resultaron también en una mejora en el relacionamiento de los pacientes, en su imagen, en su confianza y en la autoestima, factores fundamentales para el bienestar y pleno desarrollo del ser humano, contribuyendo para su rehabilitación psicosocial.

5. La generación de una mayor conciencia ambiental por parte de la institución, en relación al aprovechamiento de residuos sólidos.

Referencias bibliográficas

1. Pessotti I. O século dos manicômios. 1 ed. São Paulo: Editora34;1996.304p
2. Alverga A R, Dimenstein M A. Reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface Comun Saúde Educ.2006; 10(20):299-316.
3. Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enferm. 2008 Mar;42(1):p.128-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas: OPAS. Brasília, 2005 nov.
5. Brasil.Ministério da Saúde - Saúde Mental (acesso em 9 Feb 2011). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.
6. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão [Internet]. [acesso em 8 Jan 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>
7. Brasil.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Cedraz A, Dimenstein M. Talleres terapêuticos en el marco de la Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? Revista Mal-Estar e Subjetividade 2005 Set;5(2):300-27.
10. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a porta. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.UNESCO. Brasília, Ministério da Saúde; 2002:153-69
11. Maltz M. Cárie dental:fatores relacionados. In Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4.ed. São Paulo:Santos;2000:134-43
12. Oppermann RV. Diagnóstico clínico e tratamento das doenças cárie e periodontal. In: Mezzom CACP. Educação e saúde em odontologia. 1.ed. São Paulo:Santos;1995 :46-59
13. Mezzom CACP. Educação e saúde em odontologia. 1.ed. São Paulo:Santos; 1995. 94p.
14. Figueiredo MC, Faustino-Silva DD, Bez AS. Auto-percepções e conhecimentos sobre saúde bucal de moradores uma comunidade carente do município de Porto Alegre-R.S. ConScientiae Saúde 2008;7(1):23-30.
15. Trigueiro A. Mundo sustentável: abrindo espaço na mídia para um planeta em transformação. 1.ed. São Paulo: Globo; 2005.89p.
16. Ledo MV, Gil ZF. Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud. Educ Med Super. 2007;21(4):36-8

Dra. Márcia Cançado Figueiredo: mcf1958@gmail.com