

**MARIA ROCINEIDE FERREIRA DA SILVA
FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO
DÉBORA SÂMARA GUIMARÃES DANTAS
SONIA SAMARA FONSECA DE MORAIS**

SAÚDE COLETIVA

A PESQUISA EM MULTIPLICIDADE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatáhy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Francisco José Maia Pinto
Débora Sâmara Guimarães Dantas
Sonia Samara Fonseca de Morais
(Organizadores)

SAÚDE COLETIVA

A PESQUISA EM MULTIPLICIDADE

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



SAÚDE COLETIVA: A PESQUISA EM MULTIPLICIDADE

© 2015 *Copyright by* Maria Rocineide Ferreira da Silva, Francisco José Maia Pinto e Débora Sâmara Guimarães Dantas, Sonia Samara Fonseca de Moraes

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Victor Marques

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Basto

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

S 586 s Silva, Maria Rocineide Ferreira da.
Saúde coletiva: a pesquisa em multiplicidade / Maria Rocineide
Ferreira da Silva, Francisco José Maia Pinto, Débora Sâmara Guimarães
Dantas. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

341 p.

ISBN: 978-85-7826-329-4

1. Saúde coletiva. 2. Atenção primária em saúde. 3. Gestão do SUS
no Ceará. I. Título.

CDD: 610

PREFÁCIO

É com satisfação e senso de muita responsabilidade que trago a você, leitor, um pouco das afetações que este livro suscita a todos os trabalhadores e pesquisadores da área da saúde, em particular, do campo da saúde coletiva.

Ao ler esta obra, dou-me conta que já se passaram 27 anos desde a promulgação da Lei 8.080 que instituiu o Sistema Único da Saúde – SUS. Pode parecer muito tempo, mas considerando se tratar de uma macrorrealidade social, do ponto de vista histórico, não seria equivocados pensar que a dinâmica política, econômica, humana e tecnológica inerentes a esse sistema ainda se encontra em desenvolvimento. Disso decorre que, apesar das conquistas cidadãs advindas do SUS, muito há ainda a avançar e melhorar.

Os agentes - mulheres e homens - que durante esse tempo investem suas energias e inteligências a serviço do SUS reconhecem a complexidade inerente ao desafio de se estabelecer no plano da vida social os princípios e diretrizes do SUS. Não se vive em um mundo de concordâncias; muito ao contrário, a realidade do mundo da vida social marcada por tensionamentos e disputas num jogo permanente de interesses. Nem sempre nobres. É neste calidoscópico cenário que está situado o SUS.

As contribuições expostas ao longo dos vários textos desta obra buscam recuperar aspectos do mundo da saúde, em suporte na pesquisa. Constatação que me traz à mente a reflexão proposta em Ricardo Ceccim (2004) quando do seu desenho do quadrilátero da formação em saúde: gestão, assistência, controle social e educação. Aqui permito-me abstrair das quatro dimensões indicadas aquela referente ao campo da educação, a qual, se leia, por questões circunstanciais, a pesquisa. Esta cada vez mais contribui para o desvelamento da multifacetada realidade da saúde.

Os dezesseis capítulos, oriundos de investigações, aqui relatadas, trazem ao leitor a possibilidade de flunar por distintos aspectos investigados, por diversas concepções epistemológicas no campo da saúde, por múltiplas metodologias e, finalmente, deparam uma riqueza expressiva de achados socializados neste volume.

Este é um conjunto de ensaios contemporâneos, que reflete a preocupação de pesquisadores em interpretar e identificar as muitas formas possíveis, não exauridas aqui, longe disso, de se fazer pesquisa em saúde. O fundamental diz respeito neste trabalho ao fato de ele sistematizar um conjunto bastante distinto de empreendimentos de pesquisa. Este livro possibilita ainda a socialização da pesquisa científica, de modo particular do conhecimento no campo da saúde coletiva.

Por fim, acredito que o leitor terá a oportunidade de tomar conhecimento de importantes iniciativas desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva e, ainda, de ter acesso para consulta, reflexão, compartilhamento e inspiração de toda uma multiplicidade de buscas na área da saúde coletiva.

Maria Socorro de Araújo Dias

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Diretora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva - LABSUS. Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF/ Nucleadora UVA.

SUMÁRIO

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA: O CONSTRUCTO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS11

Maria da Penha Baião Passamai
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Soraia Pinheiro Machado Arruda

SAÚDE COLETIVA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE INDÍGENA.....38

Esrón Soares Carvalho Rocha
Noeli das Neves Toledo
Nair Chase da Silva
Henry Walber Dantas Vieira
Francilene Xavier Ferreira
Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DA SITUAÇÃO DOS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO DO SUS NO CEARÁ DE 2008 À 201255

Débora Sâmara Guimarães Dantas
Camila Marques da Silva Oliveira
Maria Rocineide Ferreira da Silva

AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ.....74

Evaldo Eufrásio Vasconcelos
Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos
José Maria Ximenes Guimarães
Maria Socorro de Araújo Dias
Ediléia Marcela Dutra

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DISCURSOS DE
ENFERMEIROS..... 101**

Erika de Vasconcelos Barbalho
Cícero Ricarte Beserra Júnior
Roberta Peixoto Vieira
Francisco José Maia Pinto
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Débora Sâmara Guimarães Dantas

**GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO A
ADOLESCENTE NO PRÉ-NATAL: ENFOQUE EM
AÇÕES EDUCATIVAS.....122**

Maria Veraci Oliveira Queiroz
Giselle Maria Duarte Menezes
Eysler Gonçalves Maia Brasil

**USO DOMICILIAR DA ÁGUA COMO DESAFIO PARA
O EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES NA
PREVENÇÃO DA DENGUE148**

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta
Krysne Kelly de França Oliveira
Elaine Neves Freitas
Edina Silva Costa
Andrea Caprara

**IMPLICAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE DO
TRABALHADOR: A FISIOTERAPIA EM FOCO166**

Erika de Vasconcelos Barbalho
Niágara Vieira Soares Cunha
Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira
Francisco José Maia Pinto

**FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA NO CEARÁ E A
PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO NAS POLÍTICAS DE
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL187**

Nadia Tavares Soares
Adriana Cavalcanti de Aguiar

**SOMATOTIPO E NUTRIÇÃO: SABER LEIGO E
CIENTÍFICO - O QUE SE TEM A DIZER?211**

Patrícia Soares de Moura
Nadia Tavares Soares

**A PESQUISA PARTICIPANTE COMO ESTRATÉGIA
DE PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL234**

Maria Cecília Oliveira da Costa
Maria Marlene Marques Ávila
Márcia Andrea Barros Moura Fé
Daniela Vasconcelos de Azevedo
Sônia Samara Fonseca de Morais

**FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME
PRECOCE EM LACTENTES: REVISÃO INTEGRATIVA
DE 2004 A 2014256**

Renata Vasconcelos Ferreira
Rafaella Maria Monteiro Sampaio
Francisco José Maia Pinto

**EDUCAÇÃO MÉDICA: A IMPORTÂNCIA DOS
CENÁRIOS DE PRÁTICA PARA A FORMAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS276**

Maria Marlene Marques Ávila
Nádia Nogueira Gomes
Maria do Socorro de Sousa
Delane Felinto Pitombeira
Lucia Conde de Oliveira
Maria das Graças Barbosa Peixoto

**A ORIENTAÇÃO TEÓRICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA
ANTE OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE.....297**

Nádia Nogueira Gomes
Maria Marlene Marques Ávila
Ranniere Gurgel Furtado de Aquino
Deborah Pedrosa Moreira
Edina Silva Costa

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ.....316**

José Maria Ximenes Guimarães
José Jackson Coelho Sampaio
Ana Patrícia Pereira Moraes
Cleide Carneiro
Carlos Garcia Filho
Frederico Emmanuel Leitão Araújo

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA: O
CONSTRUCTO E O SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE - SUS**

Maria da Penha Baião Passamai

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Soraia Pinheiro Machado Arruda

INTRODUÇÃO

Este capítulo traz o fenômeno do Letramento Funcional em Saúde (LFS) e sua interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, pouca atenção é dada ao impacto que o baixo LFS exerce nos resultados da saúde coletiva, nos custos para o sistema de saúde e na dinâmica do funcionamento do SUS. Além disso, não há no País políticas públicas embasadas nos níveis de LFS da população, nem pesquisas de amplitude nacional que evidenciem se o grau de LFS, que é concebido como um fenômeno social pode estar contribuindo para o resultado de saúde da população brasileira. O principal estudo no País foi desenvolvido por Carthery - Goulart *et al.* (2009) que aplicaram o *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults* - B-TOFHLA (BAKER *et al.*, 1999), uma versão breve do *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (NURS *et al.*, 1995; PARKER *et al.*, 1995) para medir o LFS em 312 pacientes adultos, voluntários saudáveis, que buscavam o hospital universitário da Universidade de São Paulo (USP), e usuários de outro hospital público, também na cidade de São Paulo, ambas as instituições prestadoras de serviços de saúde por meio do SUS.

Outros estudos com LFS, desenvolvidos no Brasil, enfocam contextos bastante específicos, a saber: uma revisão sistemática realizada por Volpato *et al.* (2009), que analisaram como as bulas de medicamento são elaboradas e a sua compreensão pelos pacientes; o estudo de Maragno (2009), que procurou associação entre letramento em saúde e adesão à terapia medicamentosa, desenvolvendo e validando um instrumento, o Teste de Letramento em Saúde (TLS), adaptado do TOFHLA (NURS *et al.*, 1995; PARKER *et al.*, 1995); o estudo de Oliveira, Porto e Bruc-

ki. (2009), que utilizaram o S-TOFHLA (NURS *et al.*, 1995; PARKER *et al.*, 1995) como medida de alfabetismo funcional em pacientes com doença de Alzheimer leve e comprometimento cognitivo leve. Esses autores confrontaram o desempenho dos pacientes no S-TOFHLA (NURS *et al.*, 1995; PARKER *et al.*, 1995) com o minixame de estado mental; a pesquisa de Angelini (2010), que aplicou o B-TOFHLA (NURS *et al.*, 1995; BAKER *et al.*, 1999) para conhecer o nível de alfabetismo funcional dos entrevistados. Embora este estudo não tenha o teste como foco principal da investigação, ele abordou o LFS e redundou em uma dissertação de mestrado; a publicação de Berberian *et al.* (2006), “Letramento: referências em saúde e educação”, menciona o letramento no contexto da saúde na área da Fonoaudiologia.

Na Universidade Estadual do Ceará (UECE), o campo do Letramento em Saúde e Nutrição é uma das linhas de pesquisa do Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas (GRUPESQNU-DC), cadastrada no Diretório Nacional de Grupos de Pesquisa do CNPq, com base de apoio no “Laboratório Nutrindo”, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde/UECE. Recentemente referido grupo de pesquisa desenvolveu em Fortaleza um estudo amplo denominado “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”, financiado por meio do edital 02/2009 Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde - PPSUS – MS/CNPq/FUNCAP/SESA (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Secretaria de Saúde do Estado do Ceará). O mencionado estudo foi de intervenção e objetivou planejar, elaborar, implantar e avaliar um plano de alfabetização nutri-

cional, como estratégia para incentivo à alimentação adequada e à prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis para a clientela usuária do SUS. Uma das etapas do projeto foi diagnosticar o grau de letramento em saúde e nutrição dos usuários assistidos pelos serviços de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis do SUS. A investigação foi realizada em dois hospitais públicos (Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC; Maternidade - Escola Assis Chateaubriand – MEAC, da UFC) e em Centros de Saúde da Família (CSF) na cidade de Fortaleza. Os resultados revelaram que, dentre os pacientes do HUWC, 46,5% dos homens e 61,7% das mulheres tiveram limitado LFS e nos CSF 54,% dos homens e 71,7% das mulheres foram avaliados com limitado LFS.

O estudo foi selecionado como experiência inovadora pela coordenação nacional do PPSUS e levou a algumas publicações direta ou indiretamente ligadas aos seus resultados, inclusive com o desenvolvimento de material teórico para permitir o empoderamento do tema por profissionais de saúde (PASSAMAI *et al.*, 2011; PASSAMAI *et al.*, 2012a; PASSAMAI *et al.*, 2012b; SABRY *et al.*, 2012; CABRAL *et al.*, 2013; PASSAMAI *et al.*, 2013; SAMPAIO *et al.*, 2013).

Além do estudo referido acima, o Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas (GRUPESQNUT-DC) também está desenvolvendo o “Plano Alfa-Saúde: Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS”, pesquisa que abrange todas as macrorregiões do Estado do Ceará. O projeto é financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por meio do Edital 03/2012 do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS REDE - MS/CNPq/

FUNCAP/SESA (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Secretaria de Saúde do Estado do Ceará). A investigação objetiva elaborar, implantar e avaliar o Plano Alfa-Saúde como estratégia de capacitação de recursos humanos para o SUS, com base nos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde.

Referindo-se ainda a pesquisas no Município de Fortaleza, com base em dados levantados pelo IBGE em 2009 (IBGE, 2010) sobre a distribuição da população da região metropolitana de Fortaleza segundo anos de estudo, encontrou-se uma proporção estimada de 53,8% de LFS limitado na população estudada, com dados levantados em toda a Atenção Básica do Município (PASSAMAI, 2012c).

Todos os estudos desenvolvidos no Brasil são bastante recentes, evidenciando um crescente interesse pela temática em foco, mostrando, assim, a relevância da produção do conhecimento em LFS e sua contribuição no âmbito do SUS.

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: HISTORICIDADE E CONTEXTO NA COMPREENSÃO DO CONSTRUCTO

No Brasil, para se compreender o constructo LFS, é necessário primeiro alcançar os conceitos de *alfabetização* e *letramento*, já que os dois vocábulos são oriundos de uma palavra inglesa “*literacy*”, que, no entanto, é traduzida do inglês para o português, ora como alfabetização ora como letramento. Segundo Soares (2006; 2008), os dois vocábulos representam fenômenos diferentes no

contexto brasileiro. Para a referida autora, a alfabetização é a aquisição do código escrito, consubstanciada mediante as habilidades para leitura e escrita (SOARES, 2006; 2008). O conceito de alfabetização pode ser tomado como a “representação de fonemas em grafemas (escrever) e de grafemas em fonemas (ler)”, exprimindo também a “compreensão/expressão de significados através do código escrito”. (SOARES, 2008, p. 16). De acordo com a autora esse processo não significa a incorporação das práticas de leitura e escrita. “É considerada analfabeta funcional a pessoa que, mesmo sabendo ler e escrever, não tem as habilidades de leitura, de escrita e de cálculo necessárias para viabilizar seu desenvolvimento pessoal e profissional”. (IPM/IBOPE, 2009, p. 4).

Quanto ao letramento, este reflete as práticas sociais de leitura e escrita utilizadas pelas pessoas em variados contextos (KLEIMAN, 1995; RIBEIRO, 2003; TFOUNI, 2006a; 2006b; SOARES, 2006; 2008). Embora o letramento e a alfabetização sejam dois processos inseparáveis e interdependentes (TFOUNI, 2006a), não significam o mesmo fenômeno. É o desenvolvimento das competências da alfabetização no âmbito da vida social que se denomina letramento.

Essa confusão conceitual derivou de uma transformação social ocorrida no Brasil com a mudança no significado do acesso à leitura e à escrita, que passou de uma mera aquisição da ‘tecnologia’ de ler e de escrever à inserção nas práticas sociais de leitura e escrita, resultando no aparecimento do vocábulo *letramento* ao lado do termo alfabetização (SOARES, 2006). A palavra letramento apareceu pela primeira vez em 1986, introduzida por Mary Kato (SOARES, 2006). Em 1988 Tfouni introduziu o termo na área da educação, no livro “Adultos não alfabetizados: o avesso do avesso” e, posteriormente, publicando “Alfabetização e letramento”. (TFOUNI, 2006b).

De posse dessa compreensão, torna-se mais fácil uma aproximação do conceito de Letramento em Saúde (do inglês *Health Literacy*). De acordo com o IOM (2013), as raízes do referido constructo devem ser buscadas no movimento nacional de alfabetização da Índia no período de Gandhi e nos grupos de ajuda humanitária trabalhando na África para promover a educação e a saúde. Ele foi mencionado pela primeira vez por Simonds (1974), em um artigo denominado *Health education as social policy*. Assim, o termo surgiu no campo da Educação em Saúde e, partindo do princípio de que a Educação em Saúde deve ser concebida como uma questão política, impactando o sistema de saúde, o sistema educacional e a comunicação de massa, o Letramento em Saúde é descrito por Simonds em 1974 como um processo de Educação em Saúde que reúne elementos para satisfazer os padrões mínimos necessários para todos os níveis de escolaridade (RATZAN, 2001).

Letramento em Saúde é expressão bastante específica, incorporado ao vocabulário em saúde muito recentemente. Antes dela, tanto a educação como a comunicação em saúde já estavam bem estabelecidas como integrantes da relação paciente-profissional de saúde (COLBERT, 2007). Embora tenha uma interface inicialmente com outros constructos, sobretudo a educação e a comunicação em saúde, e mais tarde com a promoção da saúde, é muito importante ressaltar que o Letramento em Saúde é o único conceito, dentre os demais citados, que é mensurável (COLBERT, 2007). Ele é um determinante social de saúde por demais importante, “que pode ser definido, medido, comparado e influenciado”. (PELIKAN, 2013, p. 86). O fenômeno indica o quanto a pessoa é capaz de ser bem-sucedida nos vários contextos de saúde, a saber: compreender bem os rótulos de medicamento, navegar no sistema de saúde, aplicar as orientações dos guias de saúde em sua vida diária etc. (COLBERT, 2007).

O campo do Letramento em Saúde recebeu em 1991 grande contribuição da legislação dos Estados Unidos, que ampliou o conceito de letramento de adultos, diferenciando-o das competências básicas de alfabetização e relacionando o constructo ao *funcionamento* do cidadão no trabalho, na sociedade e ao desenvolvimento do potencial e do conhecimento dos indivíduos. Isso fez com que a abordagem do Letramento em Saúde passasse a se concentrar também na função. O LFS se torna um conceito que descreve a aplicação prática de uma vasta gama de competências cognitivas e não cognitivas na vida real, em vez de habilidade única de letramento em um ambiente clínico. Nesta perspectiva, o LFS resulta da intervenção e não uma variável independente (IOM, 2009). Ele capta como as pessoas usam o Letramento em Saúde, não apenas como pacientes, mas também como membros de uma família, como trabalhadores e cidadãos, ou seja, capturando o capital social (IOM, 2009).

O novo constructo permaneceu por duas décadas oculto, sem a contribuição de pesquisas e discussões, recebendo destaque apenas após o primeiro e o mais rigoroso dos testes de letramento nos Estados Unidos, o *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) em 1992 (COLBERT, 2007). Dessa forma, os primeiros estudos conceituando o Letramento em Saúde são de Kickbusch e Nutbeam (1998), cuja definição é a utilizada atualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo as “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde”. (WHO, 1998, p. 10). Essa definição foi a primeira com um enfoque em promoção da saúde.

Em 1999, o relatório do *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs*, da *American Medical Association* (AMA, 1999) aludir a expressão Letramento Funcional

em Saúde (*Functional Health Literacy*). A qualificação “funcional” para o Letramento em Saúde introduziu no constructo o aspecto do “*funcionamento da pessoa*” para realizar tarefas práticas na vida cotidiana, usando o letramento relacionado à saúde. Tal qualificação já vinha sendo usada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, com a publicação, em 1956, de Gray para a UNESCO (GRAY, 1956) e, mais tarde, em 1978, na Conferência Geral da UNESCO, quando foi introduzido pela primeira vez o conceito de “*pessoa funcionalmente letrada*” (UNESCO, 1978, p. 1). O IOM (2004) considera que todo letramento é funcional, porquanto a busca de qualquer texto por um leitor visa à realização de uma tarefa específica.

Na literatura as duas dicções, Letramento em Saúde e Letramento Funcional em Saúde são usadas de foma intercambiável (COLBERT, 2007). Por essa razão, o constructo será sempre nomeado neste texto como Letramento Funcional em Saúde, sem distinção da expressão Letramento em Saúde.

O *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American*, da *American Medical Association* (AMA, 1999) conceitua o referido constructo como “uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de cuidados de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação dos cuidados de saúde”. (AMA, 1999, p. 553). O *Institute of Medicine* - IOM (2004) e o *U.S. Department of Health and Human Services* (USDHHS, 2000) adotam o conceito de que o Letramento em Saúde é o grau pelo qual as pessoas têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde (RATZAN; PARKER, 2000). Essas três definições são as mais

referenciadas na literatura (SORENSEN *et al.*, 2012), porém o conceito de LFS mais recente e inclusivo é o de Sorensen *et al.* (2012, p. 3), que definem o constructo como “O conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida”.

O LFS é um constructo mensurável. O IOM (2009) quando menciona as medidas de Letramento em Saúde cita os seguintes testes: NAAL - National Assessments of Adult Literacy; HALS - Health Activities Literacy Scale; WRAT - *Wide Range Achievement Test*; REALM - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; REALM Spanish, REALM Teen; TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults, STOFHLA, TOFHLA “adaptado”; NVS - Newest Vital Sign; SAHLSA - Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults; SIRACT - Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Text; MART - Medical Achievement Reading Test; FHLM - Functional Health Literacy Measure; ELF - Health literacy screener. O mesmo relatório aponta o REALM e o TOFHLA como os instrumentos mais frequentemente usados nos inquéritos (IOM, 2009).

Por fim, e sem intenção de esgotar os aspectos conceituais aqui tratados, é importante ressaltar uma observação feita em Ratzan (2001) aludindo que o surgimento da expressão Letramento em Saúde indica que há uma ligação entre o referido fenômeno e a Educação em Saúde e que falhas na Educação em Saúde estão relacionadas com baixos níveis de LFS. A questão do LFS, no entanto, é complexa, não sendo apenas inerente ao sistema educacional. Referido autor aponta que os problemas de LFS crescem na medida em que o sistema de saúde se tornou cada

vez mais complexo com o aumento das opções de diagnóstico e tratamento, além do empoderamento das pessoas, que são incentivadas a assumir mais responsabilidade para o autocuidado e manutenção da saúde. Acompanhando a reflexão de Ratzan (2001), o LFS será discutido, a seguir, como fenômeno determinante da saúde, além das suas possíveis implicações e impacto nos sistemas de saúde e vice-versa.

O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE: DOIS UNIVERSOS EM INTERAÇÃO

Atualmente, o LFS é abordado sob duas perspectivas: de cuidados clínicos e de saúde pública (PLEASANT; KURUVILLA, 2008). Na primeira via de orientação (clínica), o enfoque está na interação paciente-profissional de saúde, abordagem mais frequente nos Estados Unidos e Europa. A segunda orientação (saúde pública) é mais proeminente em países em desenvolvimento. Nesta, as políticas públicas estão voltadas para melhorar a saúde e a educação de grandes grupos populacionais (PLEASANT; KURUVILLA, 2008). Este texto dará destaque à saúde pública, sem deixar de lado a interação do usuário do sistema de saúde com profissionais de saúde, que, de certa forma, aborda também os cuidados dirigidos aos usuários, já que essa relação está na atenção à saúde das pessoas.

O LFS, por ser um determinante da saúde, levou os estudiosos a identificar seis temas principais que causam maior impacto na saúde pública (KANJ; MITIC, 2009): 1) Grande número de pessoas afetadas por limitado letramento e/ou Letramento Fun-

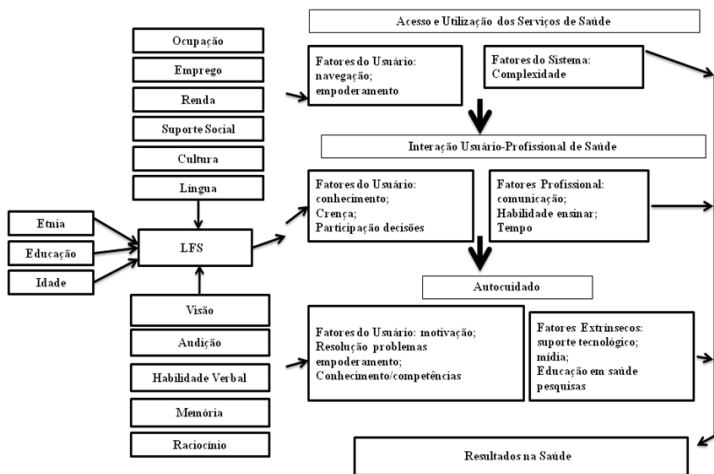
cional em Saúde; 2) Pobre estado de saúde; 3) Aumento das taxas de doenças crônicas; 4) Aumento dos custos com cuidados de saúde; 5) Exigências das informações em saúde; 6) Equidade.

Em relação ao primeiro tema, “grande número de pessoas afetadas por limitado letramento e/ou LFS”, Kumaresan (2013) discute que, embora o período de 2003 a 2012 possa ser considerado como a Década da Alfabetização na Organização das Nações Unidas (ONU), os desafios ainda são muito grandes em virtude do elevado número de pessoas em todo o Mundo com baixos níveis de LFS. Segundo o autor, essas pessoas: i) Têm menor nível de informação e comunicação em Letramento Tecnológico; ii) Têm menor acesso à internet e informações em saúde online; iii) Não são capazes de avaliar a qualidade de informações de diferentes fontes; iv) usam menos os serviços de prevenção e mais os serviços de tratamento, o que resulta em maiores custos para a saúde.

Os outros cinco temas serão analisados e discutidos aqui em conjunto, na medida em que são postas as interações do LFS com os sistemas de saúde.

A análise deste escrito, sobre a interação do o universo do LFS e o Sistema de Saúde é feita com base no modelo conceitual de LFS, desenvolvido por Paasche-Orlow e Wolf (2007), mostrado na Figura 1. Há propostas mais recentes de modelo conceitual, como a de Sorensen *et al* (2012), mas dentre os modelos existentes, o que dá mais destaque à influência do constructo como um determinante da saúde e seu impacto nos Sistemas de Saúde é o desenvolvido por Paasche-Orlow e Wolf (2007), razão pela qual a reflexão sobre a relação LFS-Sistema de Saúde terá como inspiração esse modelo.

FIGURA 4 - Modelo conceitual de Letramento Funcional em Saúde de Paasche-Orlow e Wolf (2007).



Extraído de: INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 06 p. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog>> Acesso em: 18 ago. 2014.

O USUÁRIO E O SISTEMA DE SAÚDE: RELAÇÃO INTERMEDIADA PELO LFS

No binômio de interação usuário-sistema de saúde, as habilidades de LFS do usuário se configuram como uma condição primordial para a qualidade do acesso e utilização do Sistema de Saúde (Figura 1). Algumas dessas habilidades estão circunscritas ao usuário e se referem a: i) Navegação – ação que vai desde a capacidade para buscar informações e recursos; participação em decisões, procedimentos e protocolos; usar materiais escritos; encontrar vocabulário adequado para descrever seus sintomas; conseguir compreender as sinalizações que existem nos ambientes clínicos/hospitais etc.; ii) Autoeficácia – descrita por Bandura

(1977) como a crença que o indivíduo possui na capacidade para realizar uma tarefa específica ou ter uma conduta desejável; iii) Barreiras Percebidas – é provável que a vergonha ou a falta de compreensão em relação a possíveis benefícios que o paciente tem direito, ajam como barreiras percebidas no que diz respeito ao envolvimento do usuário na utilização dos serviços de saúde, tornando pior a saúde das pessoas com baixo LFS.

A qualidade do acesso e utilização do Sistema de Saúde está também condicionada aos fatores inerentes ao próprio sistema, a saber: i) Complexidade; ii) Orientações nos acometimentos agudos; e iii) Sistema pouco flexível.

A complexidade do sistema pode ser uma barreira de acesso e utilização dos serviços de saúde para um usuário com limitado LFS e/ou baixo Numeramento em Saúde (IOM, 2014), na medida em que ele pode não se apropriar da dinâmica do funcionamento do sistema. No Brasil, mesmo para o cidadão com elevado nível de educação formal ou de LFS, é provável que ele desconheça que o SUS é constitucional; que só a partir da criação do SUS a saúde passou a ser concebida como um direito assegurado pelo Estado, além de possivelmente desconhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços públicos de saúde.

No Brasil, para um usuário navegar no SUS, ele deve saber que, para ser atendido na rede de atenção à saúde, a “porta de entrada” no sistema é o Centro de Saúde da Família (CSF), ou seja, a Atenção Básica, descrita pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (BRASIL, 2009c, p. 43). Esse nível de atenção permite à população ter acesso às seguintes especialidades básicas: Clíni-

ca Médica (Clínica Geral), Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia. Cabe ao SUS o letramento dos usuários acerca desse funcionamento. Nesse sentido, Pelikan (2013) aponta para a necessidade de maior integração do LFS nos serviços de saúde. Para o autor, essa integração deve ser sistemática e sustentável, devendo o LFS ser incorporado à gestão dos serviços de saúde, os seus objetivos, missão, definição de resultados, qualidade da gestão etc.

Apesar do discutido anteriormente, não significa que um constructo tão complexo como o LFS seja responsabilidade única do Sistema de Saúde. No Canadá, por exemplo, os projetos de LFS levados a cabo pela Agência de Saúde Pública (PHAC) são intersetoriais, envolvendo governo, serviços de saúde, setor educacional, setor produtivo e empresas e organizações comunitárias. No País há 33 projetos em variadas regiões e em diversos setores: escolas, livrarias, setores produtivos etc., focalizando áreas também distintas, saúde oral, saúde mental, por exemplo e com populações diversificadas: crianças e jovens, famílias, aborígenes etc. (VAMOS, 2013).

A INTERAÇÃO USUÁRIO-PROFISSIONAL DE SAÚDE: CONFRONTO ENTRE (NÃO) SABERES.

Quanto à relação entre as habilidades de LFS do usuário-profissional de saúde, Paasche-Orlow e Wolf (2007) apontam também fatores relacionados ao paciente (conhecimento; crenças; participação na tomada de decisão) e fatores inerentes ao profissional (habilidade de comunicação; capacidade para ensino; tempo; cuidado centrado no paciente).

Na interação paciente-profissional de saúde, já no primeiro nível, há um confronto entre os saberes do usuário (conhecimento, crenças, experiências etc.) e a demanda imposta pela cultura acadêmica do profissional, aliada à necessidade e interlocução, com vistas ao cuidado.

A complexidade do fenômeno LFS é bem evidenciada quando o paciente está em interação com o profissional de saúde, sobretudo porque estudos mostram que são muito baixos os níveis de LFS da população em geral, mesmo em países desenvolvidos (KICKBUSCH, 2013). A autora discute que, mesmo em países como os Estados Unidos, 47% da população não têm as habilidades necessárias para acessar o sistema de saúde e cuidar adequadamente da própria saúde. Essa baixa habilidade não se restringe apenas às questões do sistema de saúde, mas abrange outros setores da sociedade, quando o cidadão está em um supermercado, lidando com rotulagem ou defendendo seus direitos. Para Kickbusch (2013, p. 84-85), o LFS é um debate amplo sobre “os direitos humanos, direitos do paciente e os direitos do cidadão”. Trazendo essa discussão para o contexto brasileiro, enfocando especificamente o Município de Fortaleza, onde há uma proporção estimada de 53,8% de LFS limitado, como citado anteriormente, é possível prever as dificuldades que a referida população tem para lidar com o sistema de saúde e interagir com os profissionais do SUS. Esse indicador prevê que essas pessoas não sabem ou têm muita dificuldade para lidar com textos de saúde na vida cotidiana, tais como ler e entender as orientações para o cuidado com a própria saúde, tomar as medicações corretamente, seguir as orientações dadas pelos profissionais de saúde para um tratamento ou uma dieta etc. (NURSS *et al.*, 1995). Não é difícil, assim, prever a tensão subliminar que deve existir na interação do usuário com limitado LFS e o profissional do SUS e as possíveis consequências que isso traz para o autocuidado e as orientações dadas e recebidas.

Para Orborne (2013), quando há uma falha na comunicação paciente-profissional de saúde, há sofrimento de ambas as partes. Se, por um lado, o profissional necessita dar ao paciente as informações sobre novos diagnósticos, variadas opções de tratamento e as instruções para o autocuidado, por outro lado, o paciente precisa buscar em seu vocabulário as palavras e expressões que possam descrever adequadamente seus sintomas, ou elaborar perguntas, expressar suas opiniões sobre o tratamento e/ou autocuidado etc. Ambos necessitam ser bons ouvintes e recordar bem o que é dito nessa interlocução. Podemos, então, imaginar um cenário em que o usuário do SUS tem baixo LFS e/ou o profissional de saúde desconsidera a perspectiva e a fala da pessoa que está diante dele.

Em relação à postura do profissional de saúde, Osborne (2013) aponta algumas vias que podem melhorar a interação paciente-profissional de saúde, sobretudo quando o paciente se sentir sobrecarregado por sua doença e/ou sentir-se amedrontado: i) Buscar compreender porque a comunicação pode ser difícil para o paciente; ii) Respeitar as experiências do paciente; iii) Incentivar o paciente a fazer perguntas; iv) Conhecer artigos e materiais impressos que o paciente lhe apresentar; v) Confirmar que ambos, o profissional e o paciente, entenderam um ao outro; vi) Ajudar o paciente para aprender mais.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada pela *Gallup Organization*, em 2002, nos Estados Unidos (IOM, 2011a), revelou que os entrevistados relataram que os médicos (70%) eram a principal fonte de informações sobre saúde (ou de cunho médico) buscadas por eles, em seguida a TV (64%), livros (56%), jornais (52%), revistas (51%), enfermeiros (49%) e internet (37%). Essa mesma pesquisa mostrou que a maioria dos entrevistados relatou

ter maior confiança/segurança nos médicos (93%) quando buscavam informações de saúde (ou de cunho médico) seguidas de enfermeiros (83%), livros (82%), jornais (64%), revistas (62%), internet (62%) e TV (59%).

O USUÁRIO DO SUS E O AUTOCUIDADO: ONDE ESTÁ O LFS?

No que tange às habilidades de LFS no âmbito do cuidado, alguns fatores estão relacionados ao próprio paciente e outros são extrínsecos a ele. Os fatores ligados ao paciente podem ser vistos como: a motivação; a resolução de problemas; a autoeficácia e o conhecimento e habilidades. Quanto aos fatores extrínsecos, estão as tecnologias de apoio, os meios de comunicação, educação em saúde e recursos.

A motivação é tão importante que a própria definição de LFS de Sorensen *et al.* (2012) e a de Kickbusch e Nutbeam (1998), também utilizada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), citadas anteriormente, explica essa dimensão na conceituação do constructo. A motivação é o motor para o aprendizado e realização de tarefas e objetivos. Motivação se origina do latim *movere*, ou seja, mover. À medida que se progride na aprendizagem, esta pode se tornar um elemento propulsor da elevação da motivação (GIL, 2007). Por esse motivo, a elevação das competências e habilidades de LFS podem se tornar elementos propulsores da motivação da pessoa para “acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia”. (SORENSEN *et al.* 2012). Aliada a essas competências está a habilidade na solução de problemas. Aqui entra a importância de se desenvolver nas pessoas

as habilidades em numeramento, não somente para atendimento do autocuidado nos agravos de saúde, mas para desenvolver a capacidade lógica de solução de problemas. Numeramento pode ser definido como a capacidade de uma pessoa para avaliar em que situações a Matemática deve ser usada, que tipo de Matemática deve ser usado, como usá-la e em que grau de precisão é apropriada para situações específicas (COBEN, 2000). Uma “pessoa numerada” é aquela que “emprende esforços para entender os conceitos matemáticos, bem como para adquirir habilidades, em prol da superação dos conflitos cotidianos e, para o atendimento das novas demandas que surgem constantemente como frutos das mudanças tecnológicas”. (TOLEDO, 2002, p. 6).

O cidadão, para solucionar problemas cotidianos no âmbito da saúde, deve ter habilidades de Numeramento em Saúde. O constructo Numeramento em Saúde é concebido como o grau pelo qual as pessoas tem a capacidade para acessar, processar, interpretar, comunicar e agir com informações em saúde: numéricas, quantitativas, gráficas, bioestatística e probabilísticas (GOLBECK *et al.*, 2005).

Para finalizar e ante a complexidade e multidimensionalidade do fenômeno do LFS, cabem aqui alguns questionamentos no sentido de se refletir muito mais do que pretender adiantar soluções imediatas, sobretudo com tão poucos estudos sobre LFS realizados até então no Brasil:

Como pode o SUS “funcionar” adequadamente com um cenário em que é possível que os usuários tenham limitado LFS? Como poderá o usuário do SUS compartilhar da tomada de decisões se possuírem tão baixo LFS? No Brasil, o baixo LFS se configura como uma barreira para o exercício da cidadania e defesa do SUS?

Como fechamento deste capítulo e última reflexão, torna-se-ão neste momento algumas das orientações postas por Kickbusch (2013) no Relatório do IOM (2013) que apresentou a situação do LFS no mundo (KICKBUSCH, 2013, p. 84).

1. É necessário equipar as pessoas com a possibilidade de fazer escolhas saudáveis em um ambiente que é basicamente prejudicial para sua saúde. É também importante mostrar como esta é influenciada ou não pelo letramento em saúde.
2. Há necessidade de indicar como as pessoas obtêm as habilidades de que elas precisam e se elas já têm as habilidades para a autogestão dos seus comportamentos em saúde para conviver com a doença crônica e sustentar suas famílias, como as pessoas podem fazer parte de uma coprodução de saúde?
3. É possível ensinar as pessoas a se comunicarem com os profissionais de saúde?

REFERÊNCIAS

AMA. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY. **Health literacy**: report of the council on scientific affairs. AMA, v. 281, n. 6, p. 552–7, 1999.

ANGELINI, L. **Avaliação da eficácia do automanejo no controle da asma**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Setor de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V.; PARKER, R. M. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education Counseling**, Bethesda, v. 38, n. 1, p. 33–42, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>> Acesso em: 15 julho 2014.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, DC, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.

BERBERIAN, A. P.; MORI-DE ANGELIS, C. C.; MASSI, G. (orgs). **Letramento**: referências em saúde e educação. São Paulo: Plexus, 2006. 400 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

CABRAL, L. A. *et al.* Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde para prevenção e controle de diabetes: uma revisão sistemática. In: GOMES, I. L. V.; PINTO, F. J. M.; FIGUEIREDO, S. V. (Org.). **Temáticas de dissertações no âmbito da saúde pública**: concepção de orientadores e estudantes. 1ed. Fortaleza: EdUECE, 2013, v. 1, p. 225-248.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n. 4, p. 631-8, 2009.

COBEN, D. Mathematics or common sense? Researching invisible mathematics through adults' "mathematics life histories." In **Perspectives on adults learning mathematics: Research and practice**, edited by D. Coben, J. O'Donoghue, and G. E. FitzSimons. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, p. 53-66, 2000.

COLBERT, A. M. **Functional Health Literacy, Medication-Taking Self-Efficacy And HIV Medication Adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007.

GIL, A. C. **Didática do Ensino Superior**. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLBECK, A. *et al.* A Definition and Operational Framework for Health Numeracy. **Am. J. Prev. Med.**, Bethesda, v. 29, n. 4, p. 375–376, 2005.

GRAY, W. S. **The Teaching of Reading and Writing: An International Survey**. Paris, UNESCO, 1956. Disponível em: <unesdoc.unesco.org/images/0000/000029/002929eo.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 jul. 2014.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Measures of Health Literacy: Workshop Summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 143 p. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog>. Acesso em: 06 jun. 2014.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: workshop summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2011. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: workshop summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2013. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy and Numeracy:** workshop summary. Washington, DC: National Academies Press, 2011. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais:** Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao-de-vida/indicadores-minimos/sintese-indic-sociais-2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 28 jul 2014.

IPM/IBOPE. INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE. INAF BRASIL-2009. **Indicador de Alfabetismo Funcional:** Principais Resultados. IPM/IBOPE, 2009. 25 p. Disponível em: <www.ipm.org.br>. Acesso em: 11 ago 2014.

KANJ, M.; MITIC, W. Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. In: WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento:** Fechando o Gap Implementação Nairobi, Quênia, 26-30 outubro 2009. Disponível em: <<http://gchp7.info/resources/downloads/t1.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

KLEIMAN, A. B. (org). **Os significados do letramento:** uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita. Campinas: Mercado das Letras, 1995. 294 p.

KICKBUSCH, I.; NUTBEAM, D. Health promotion Glossary. In: WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary.** Geneva: WHO, 1998. 36 p. Disponível em: <www.who.int/.../HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2014.

KICKBUSCH, I. Where do we go from here? In: IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy:** Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press, 2013. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014. p. 83-85.

KUMARESAN, J. Health Literacy Perspectives. In: IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: workshop summary.** Washington, DC: National Academies Press, 2013. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014. p. 9-13.

MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso.** 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NURSS, J. R. *et al.* **Test of Functional Health Literacy in Adults.** Hartford: Peppercorn Books and Press, Inc, 1995.

OLIVEIRA, M. O. de; PORTO, C. S.; BRUCKI, S. M. D. S-TO-FHLA in mild Alzheimer's disease and Mild Cognitive Impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 291-298, 20, 2009.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Revised Recommendation Concerning The International Standardization of Educational Statistics.** Paris: UNESCO, 1978.

OSBORNE, H. **Health Literacy From A to Z:** practical ways to communicate your Health message. 2 ed. Burlington/MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. 256 p.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. **Am J. Health Behav**, Oak Ridge, NC, v. 31, n. 1(Suppl), p. S19-S26, 2007.

PARKER, R. M. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J. Gen. Intern. Med.**, Bethesda, v. 10, n. 10, p. 537-41, 1995.

PASSAMAI, M. da P. B. *et al.* **Letramento funcional em saúde e nutrição.** 1. ed. Fortaleza: EdUECE - Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2011. v. 1. 95p.

PASSAMAI, M. da P. B. *et al.* Letramento Funcional em Saúde: conceitos e reflexões sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface (Botucatu. Impresso)**, v. 41, p. 301-314, 2012a.

PASSAMAI, M. da P. B. *et al.* Os círculos de diálogo no letramento em saúde: uma proposta para a construção do saber com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças. In: JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L. de; PINTO, A. G. A. (Org.). **Caminhos da Formação em Saúde: Políticas, desafios e contradições – Ensino, Pesquisa, Cuidado e Gestão**. 1ed. Fortaleza: EdUECE, 2012b, v?, p. 261-284.

PASSAMAI, M. da P. B. **Letramento Funcional em Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. 2012. 243 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE, 2012c.

PASSAMAI, M. da P. B.; SAMPAIO, H. A. C. ; LIMA, J. W. de O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2013. 255p.

PELIKAN, J. M. A Public Health perspective for Health Literacy. In: IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. **Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: workshop summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2013. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014. p. 86-88.

PLEASANT, A.; KURUVILL, S. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, Oxford, v. 23, n. 2, p.152-159, 2008.

RATZAN, S.; PARKER, R. Introduction. In: SELDEN, C. R. *et al.* (Ed). **Current Bibliographies in Medicine: health literacy**. Bethesda, MD: National Library of Medicine/National Institutes of Health, 2000. 33 p. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

RIBEIRO, V. M. (org). **Letramento no Brasil**: reflexões a partir do INAF 2001. 2 ed. São Paulo: Global, 2003. 287 p.

SABRY, M. O. D. *et al.* Guia Alimentar para a População Brasileira em sua Versão Bolso: reflexões à luz do Letramento Nutricional. In: ÁVILA, M. M. M.; SOARES, N. T.; SAMPAIO, H. A. de C. (Org.). **As diferentes faces da segurança alimentar e nutricional**. 1ed. Fortaleza: EdUECE, 2012, v. , p. 77-90.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento Nutricional: desempenho de dois grupos populacionais brasileiros. **Nutrire** (São Paulo), v. 38, p. 144-155, 2013.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Assessment of nutrition literacy by two diagnostic methods in a Brazilian sample. **Nutrición Clínica, Dietética Hospitalaria**, v. 34, p. 50-55, 2014.

SIMONDS, Scott K. Health education as social policy. **Health Education Monograph**, v. 2, n.1 (Suppl), p. 1-10, 1974.

SOARES, M. **Letramento**: um tema em três gêneros. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOARES, M. **Alfabetização e Letramento**. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, UK, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80/>>. Acesso em: 10 agosto 2014.

SORRENTINO, R. M. E; HIGGINS, E. T. Motivation and Cognition: warming up to synergism. In: SORRENTINO, R. M. **Handbook of Motivation and Cognition**. New York: The Guilford Press, 1986, cap. 1.

TFOUNI, L. V. **Adultos não alfabetizados em uma sociedade letrada**. São Paulo: Cortez, 2006a.

TFOUNI, L. V. **Letramento e Alfabetização**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

TOLEDO, M. E. R. O. Numeramento, metacognição e aprendizagem matemática de jovens e adultos. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 25., Caxambu. **ANPEd**. CD-ROM, p. 1-15, 2002.

UNESCO. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Records of the General Conference**, 1978, 202 p.

USDHHS. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Healthy People 2010**: Understanding and Improving Health. 2 ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November, 2000, 62 p.

VAMOS, S. Health Literacy in Canada . In: IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. Health Literacy: **Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World**: Workshop Summary: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press, 2013. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em: 06 ago. 2014. p. 37-40.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. **Bulas de medicamentos e profissionais de saúde**: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., Araraquara, SP, v. 30, n. 3, p. 309-314, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998. 36 p.

SAÚDE COLETIVA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE INDÍGENA

Esron Soares Carvalho Rocha

Noeli das Neves Toledo

Nair Chase da Silva

Henry Walber Dantas Vieira

Francilene Xavier Ferreira

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

ASPECTOS GERAIS

A saúde coletiva é um campo ideológico e de práticas que demandam relações interdisciplinares. Permite pensar e operacionalizar a assistência à saúde envolvendo os determinantes e condicionantes da saúde, devendo incluir a diversidade de necessidades da população, bem como a visão da pluralidade de pessoas e coletividades que são tanto objeto quanto sujeitos partícipes das ações de saúde. Neste sentido, o campo da saúde indígena deve ser um componente reconhecido como terreno de atuação da saúde coletiva. Para que isso ocorra, no entanto, se faz necessário reconhecer e atuar mediante a diversidade e especificidade desses grupos populacionais, que, como aparecem aqui no plural, nos levam a refletir na multiplicidade de etnias indígenas que demandam o reconhecimento das diferenças e, portanto, atuação em saúde que respeite tais diferenças.

A atenção à saúde indígena é um imperativo de longa data, mas que no Brasil, a política voltada à saúde indígena ganhou inserção na contextura da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando aconteceu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nela foi proposta a implantação de um modelo de atenção à saúde que deveria garantir a universalidade e a integridade das suas ações, a transferência da responsabilidade oficial da prestação de serviços para o Ministério da Saúde, a ênfase no respeito às diferenças étnicas e culturais de cada povo e maior representatividade dos índios por meio da participação e do controle social (PELLON; VARGAS, 2010).

Em 1988, o Texto Constitucional definiu, nos Artigos 231 e 232, o compromisso da União com o reconhecimento das organizações sociais indígenas, costumes, línguas, crenças e tradições, e com os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente

ocupam, garantindo aos índios, também, o direito de ingressar em juízo pela defesa dos seus direitos, tornando obsoleta a função de tutela vigente até o momento. Podemos encontrar um resumo histórico sobre saúde indígena no Brasil em Fernandes *et al.* (2010).

Em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde do Índio formatou o modelo do Subsistema Diferenciado de Atenção à Saúde Indígena, baseado na figura dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), dos Conselhos Distritais e da participação paritária dos usuários nesses colegiados¹. No Brasil, o subsistema está organizado em 34 DSEI, conceitualmente descrito como um modelo operacional de serviços que integra a lógica da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços em espaços populacionais, geográficos, sociais, etnológicos, culturais e administrativos bem definidos (PELLON; VARGAS, 2010).

Em razão do estabelecimento das normativas legais e o reconhecimento da especificidade e singularidades do campo da saúde indígena, cabe aos sistemas, programas, serviços e profissionais de saúde estarem preparados para incluir a assistência à saúde indígena, executando conforme os princípios e diretrizes estabelecidos no SUS, considerando a necessidade de que a assistência em todas as suas etapas seja diferenciada.

A fim de atender à política de atenção à saúde dos povos indígenas, cabe ressaltar que se trata de um campo de atuação da saúde cujo entendimento passa pela compreensão de cultura, a qual, mesmo não sendo um conceito estático, carece de apreensões que possibilitem ao profissional de saúde atuar no campo da saúde indígena.

1 As bases legais que regulamentam a Atenção à Saúde Indígena são descritas na Lei nº 9836/1999, no Decreto no 3156/1999, na Portaria nº 1163/1999 do Ministério da Saúde e nas Portarias Ministeriais nº 069 e 070/GM.

A noção dinâmica da cultura é essencial para entendermos que a cosmovisão dos povos indígenas, atendidos pelos profissionais saúde, influencia nas demandas e necessidades de saúde, mas que elas também se modificam no contato cotidiano com os serviços de saúde (GARNELO, 2003).

Outros conceitos, como interculturalidade, “intermedialidade” e autoatenção, são importantes para o entendimento do profissional que vai atuar no campo da saúde indígena.

A noção de interculturalidade deve ser entendida como enfoque que leve em conta a interação de identidades culturais distintas, que se confrontam e se relacionam em contextos, cujos sentidos são atribuídos a eventos de interesse mútuo (COHEN-EMERIQUE, 2000).

Na operacionalização da assistência à saúde indígena, o enfoque intercultural proposto pelo subsistema deve levar em conta o reconhecimento da pluralidade e diversidade étnica dos povos por ele atendidos. Isso implica incorporar nas ações de saúde a capacidade de compreender (e agir de acordo com) as especificidades culturais da população; viabilizar formas de melhoria do acesso equitativo aos serviços de saúde e da qualidade da atenção; gerar impactos sobre os indicadores de saúde; oferecer informações epidemiológicas específicas em relação à saúde das populações indígenas; e propor estratégias de intervenção adequadas às realidades socioculturais. Tal esforço significa também que os princípios do enfoque intercultural devem se expressar na oferta de atenção integral à saúde, na participação comunitária, na revitalização da cultura e no estímulo à reciprocidade entre agentes sociais envolvidos.

O conceito de intermedicalidade deve ser entendido como um caso particular de interculturalidade, contextualizado de interação de medicinas híbridas, desenvolvidas por agentes com consciência sociomédica, ou seja, como parte de um contexto em que múltiplos agentes negociam poderes constituídos nas relações de cura e cuidados, tais como as estabelecidas nos DSEI (GREENE, 1998).

O outro conceito igualmente importante nesta discussão é o de autoatenção, o qual não deve se restringir à incorporação de práticas tradicionais nos serviços de saúde primária. Ao contrário, ela deve ser entendida como interação que se constitui das atividades dos serviços de atenção à saúde e práticas autônomas de cura e cuidado da população (MENÉNDEZ, 2003).

No âmbito do SUS, existe a Política Nacional de saúde Indígena, como norteadora da assistência a esses povos, a qual deve ser planejada e executada levando em conta os conceitos há pouco expostos (BRASIL, 2002).

Nessa política, é estabelecido que a assistência à saúde seja diferenciada, visto que a cultura dos povos indígenas também difere tanto da população geral, quanto entre os distintos povos indígenas. Para que possamos compreender o cenário do campo da saúde indígena, apresentamos, a seguir, dados gerais sobre a situação de saúde dessas populações.

CONTEXTO E SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL

De um total de cinco milhões estimados no início da colonização brasileira, as populações indígenas foram alvo de redução no decorrer dos séculos, em virtude do acometimento por doenças provenientes do contato com não índios ou durante os conflitos com colonizadores, com disputas por terras, mão de obra escrava e imposição religiosa, com total depreciação da cultura indígena. Nas últimas décadas do séc. XX, no entanto, ocorreu a chamada “revolução demográfica” indígena no Brasil, revelando alterações que indicavam um evidente crescimento desses povos em ritmo superior à média nacional (GARNELO, 2003; SOUZA; GARNELO, 2008).

Análises preliminares do Censo Demográfico do IBGE, em 2010, registraram aproximadamente 897 mil indígenas, consistindo em 305 etnias que falavam 274 línguas. Desses, 36,2% residiam na área urbana e 63,8% na área rural. As terras indígenas ocupavam em torno de 12,5% do Território Nacional (106,7 milhões de hectares) onde residiam aproximadamente 517 mil indígenas (57,7% do total). Nos Estados da Amazônia Legal brasileira (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) a população indígena é cerca de 430 mil (48,3% do total) que pertencem a 63 povos diferentes. A terra indígena com maior população indígena é a Yanomami, localizada no Amazonas e em Roraima, representando 5% do total das áreas indígenas e onde vivem 26 mil indígenas. Possui altas taxas de fecundidade, há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens nas rurais. Ocorreu declínio, porém no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, cuja

relação homem/mulher no Sudeste caiu de 117,5 para 106,9, no Norte de 113,2 para 108,1 e no Centro-Oeste de 107,4 para 103,4 (IBGE, 2010; IBGE, 2012).

A precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade referente aos indígenas dificulta a obtenção de dados que possibilite realizar uma análise representativa sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil. Portanto, indicamos algumas informações a seguir, colhidas das publicações na área.

O perfil de morbimortalidade indígena no Brasil é caracterizado por alta taxa de mortalidade infantil (51,4 por mil nascidos), enquanto a taxa nacional de (30,1 por mil nascidos). As doenças infecciosas e parasitárias são predominantes nessa população. Entre elas, destacam-se: malária, tuberculose, leishmaniose, oncocercose, hepatite, esquistossomose, tracoma e hanseníase (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; SANTOS; COIMBRA JR, 2003).

As populações indígenas também expressam mudanças importantes, no que se refere ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Isso, em decorrência das mudanças socioculturais e econômicas, resultantes da interação dessa população com a sociedade nacional, assim como da destruição dos ecossistemas que interfere de forma significativa nos diversos aspectos da vida cotidiana da população indígena, piorando seu perfil metabólico e tornando-os mais vulneráveis às DCNT (GIMENO *et al.*, 2007).

Estudos em variadas etnias, que residem nas diversas partes do País, apontam que as mudanças nos hábitos alimentares, associadas à diminuição da prática de atividades físicas, resultaram no ganho de peso em indígenas, maior do que a média nacional, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (COIMBRA JR *et al.*, 2005; GIMENO *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2011; WELCH *et al.*, 2009).

Estudos realizados com indígenas aldeados, nas diversas regiões do País, mostraram prevalências de HAS que oscilaram de 1,5% a 29,7%. Diversos autores, entretanto, referem a relação direta entre adoção de hábitos alimentares ocidentalizados, sedentarismo, aumento da expectativa de vida e processo de urbanização da população com o aumento da frequência de Índice de Massa Corporal, Razão Cintura Quadril e Pressão Arterial Sistólica elevados (GIMENO *et al.*, 2007; GUGELMIN; SANTOS, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2011; TAVARES *et al.*, 2002).

Entre os indígenas Kaingangs e Guaranis, que residem no Rio Grande do Sul, a síndrome metabólica foi diagnosticada em 65,3% dos sujeitos, sendo duas vezes mais frequente nas mulheres (85%) do que nos homens (40,3%). Os achados mostraram que o grupo apontava graves problemas de educação alimentar, no qual 47,3% dos homens e das mulheres foram considerados obesos, apontando para um crescimento do número de doenças cardiovasculares nesses indivíduos (ROCHA *et al.*, 2011).

Estudo comparativo sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares entre indígenas (etnias Sateré Mawé e Alto Rio Negro no Estado do Amazonas) e não indígenas (brancos e pardos/negros) que residem na cidade de Manaus, mostrou que os grupos de brancos, pardos/negros apresentaram médias para HAS semelhantes às da população brasileira (22,3 a 43%), entretanto os indígenas Sateré-Mawé e Rio Negro apresentaram prevalências de 2,3% e 11,6%, respectivamente. Em relação à glicemia o mesmo estudo apontou que os pardos/negros e os indígenas do Rio Negro ($92 \pm 13,4$), foram os que mostraram níveis mais elevados, observando que somente a idade esteve associada a maior chance da presença de glicemia elevada entre os indígenas Sateré-Mawé e do Rio Negro (TOLEDO, 2013).

CONTEXTO E SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO AMAZONAS

Ao considerar que a maior população autodeclarada indígena do País está concentrada na Região Norte, em especial no Estado do Amazonas, o sistema de saúde deve estar preparado para atuar ante as necessidades dessa população. Além disso, os programas de formação e pós-graduação na área da saúde devem estar articulados para dar respostas às demandas de própria realidade local e contribuir para o conhecimento científico.

Na Região Norte, foram implantados 17 Distritos Sanitários Especiais Indígenas² (Quadro 1), que demandam um conjunto de necessidades sociais e de saúde, as quais apontam para os profissionais de saúde uma reflexão sobre a saúde como direito de todo cidadão, incluindo aqui os povos indígenas, assegurados por meio de seus princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade.

2 Segundo Mendes (1999), Distrito Sanitário é um “tipo de Sistema Local de Saúde, orientado para um espaço geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, que visam promover medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência” (1999 : 162). Tal conceituação foi utilizada como base para normatização dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Quadro 1: Distribuição da População Indígena do Amazonas por Distritos Sanitários Especiais Indígenas DSEI- Amazonas.

DSEI	POPULAÇÃO	ALDEIAS	FAMÍLIA	ETNIAS	POLO BASE	CASAI
Alto Rio Negro	28.074	1.771	9.770	28	25	01
Alto Rio Solimões	47.185	274	10.224	10	12	01
Manaus	24.064	378	5.009	37	16	01
Médio Rio Purus	6.693	161	1.431	09	10	02
Médio Rio Solimões e Afluentes	15.607	158	3.104	17	15	03
Parintins	11.332	104	2.176	03	12	02
Vale do Rio Javari	4.915	105	1.405	07	08	01

Notas: CASAI: Casa de Saúde do Índio.

Fonte: Sistema de Informação em Saúde Indígena – SIASI- 2014.

AÇÕES DE PLANEJAMENTO/ PROGRAMAÇÃO DO COTIDIANO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA

As ações de saúde desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta minimamente por: enfermeiro; médico; odontólogo; técnico de enfermagem; auxiliar de saúde bucal; incluindo-se, o agente indígena de saúde. A composição da equipe se difere entre os DSEI, a depender do perfil sanitário. Essas ações envolvem um conjunto de atividades que passa pelo planejamento, execução e avaliação do trabalho da equipe no território distrital.

Destacam-se algumas ações mais frequentes no cotidiano das equipes de saúde, entre elas a saúde materno-infantil, tratamento de doenças transmissíveis e crônicas, a visita domiciliar e a supervisão ao trabalho dos agentes indígenas de saúde.

O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO DSEI

O planejamento de ações em saúde indígena constitui um desafio ao incremento da qualidade dos serviços prestados no Subsistema de Saúde Indígena. Tal desafio é potencializado pela cultura organizacional das instituições sanitárias no Brasil, com dificuldades para aderir à racionalidade do planejamento em saúde, bem como e pelas singularidades do campo de saúde indígena.

O planejamento das viagens de campo da equipe é feito em várias etapas. Habitualmente, as atividades a serem realizadas em área são precedidas por um momento de previsão de metas e necessidades, executado nas sedes dos municípios e efetuado pelos membros da equipe que se deslocará para o campo. Essas rotinas são planejadas em consonância com o plano anual ou trienal de saúde do DSEI, cujas metas e prioridades devem ser cumpridas pelos profissionais de saúde, em seus deslocamentos periódicos para os pólos-base e comunidades (BRASIL, 2002).

Seguindo as prioridades do plano distrital de saúde, as equipes programam ao longo do ano as atividades que serão realizadas, entre as quais: a vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos, controle dos hipertensos e diabéticos, acompanhamento de pré-

natal, atividades educativas e atendimento à demanda espontânea dos doentes nas comunidades sob responsabilidade do pólo-base em que atuam (ATHIAS; MACHADO, 2001).

No desenvolvimento das atividades planejadas, deve-se utilizar um instrumento que norteie as ações programáticas a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas, acompanhando o que está estabelecido nos programas nacionais.

Na **Saúde da Criança** – aumentar o número de visitas nos primeiros 30 dias após o nascimento da criança; incentivar o aleitamento materno; fazer controle de peso e crescimento mensal; cadastrar no programa de carências nutricionais; oferecer outras vitaminas e minerais de acordo com a situação nutricional; realizar reuniões educativas; garantir soro de reidratação oral, instruir agente indígena de saúde sobre qualquer sinal de diarreia.

Saúde da Mulher – realizar consulta de Enfermagem com os procedimentos de pesagem, verificação de pressão arterial, mensuração da altura uterina, avaliação nutricional, realizar busca ativa das gestantes faltosas no intervalo de sete dias; identificar a gravidez ainda no primeiro trimestre, se possível, por meio do teste rápido; orientar e acompanhar os agentes indígenas de saúde nos diversos campos de assistência de saúde da mulher.

Vacinação – planejar e realizar atividades de vacinação de forma a alcançar a meta de cobertura vacinal, estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização.

Doenças Crônico degenerativas – realizar acompanhamento mensal de pacientes com hipertensão; orientar o agente indígena de saúde a realizar visitas diárias para constatação do uso dos medicamentos.

Visita Domiciliar na Área Indígena – deve obedecer as especificidade e diferenças étnicas bem como o reconhecimento dos conceitos acima destacados interculturalidade, “intermedicinalidade” e auto atenção. Nesse sentido, a visita domiciliar constitui-se em uma das mais importantes tarefas da equipe de saúde, devendo buscar conhecer as necessidades de saúde dos familiares e comunitários.

A Supervisão do Agente Indígena de Saúde – a supervisão deve ser realizada pela equipe multiprofissional, e todos os seus membros hão de ser capacitados para o acompanhamento do agente indígena de saúde. Essa supervisão precisa ocorrer em frequência capaz de proporcionar conhecimento adequado da realidade sanitária e da diversidade sociocultural dos povos indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto de trabalho das equipes de saúde que atuam em área indígena deve levar em consideração os diversos fatores que dificultam a operacionalização das ações planejadas. Destacam-se alta demanda de atividades, associada aos imprevistos que prolongam o tempo de permanência das equipes em área; períodos longos de chuva e seca e as barreiras geográficas representadas pelas grandes distâncias, dificultando o acesso às comunidades. Em razão dessas e de outras dificuldades, há necessidade de superar os desafios logísticos para atender às demandas de trabalho da equipe em campo, bem como redimensionar o orçamento anual do convênio que, em geral, não inclui os imprevistos vivenciados pelas equipes de trabalho do DSEI.

A atenção diferenciada a saúde das populações indígenas se justifica pela especificidade e diferenças aqui abordadas, cujo espectro deve ser inserido não só por meio da formação profissional, mas também no âmbito da educação permanente, a fim de tornar as equipes de saúde sensíveis e preparadas para atuar no campo da saúde indígena.

Por fim, recorreremos às afirmações de Garnelo e Langdon (2005), para quem o uso da Antropologia nos serviços de saúde indígena pode auxiliar no preenchimento das lacunas deixadas pela abordagem biomédica tradicional. Esse raciocínio poderia ser bem utilizado para conduzir a relação travada entre profissionais e indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 425-431, mar/abr 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 40 p, 2002.

COHEN-EMERIQUE, M. L'approche interculturelle auprès des migrants. In: LEGAULT, G. (Org.). **L'intervention interculturelle**. Quebec: Gaetan Morin, 2000.

COIMBRA JR, C. *et al.* **The Xavante in transition: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil**. Michigan: The University of Michigan Press, 2005, 344 p. Acessado em: <http://www.press.umich.edu/pdf/047211252X-fm.pdf>.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p.125-132. 2000.

FERNANDES, M. N. F. *et al.* A brief history of indigenous health in Brazil. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n.spe, p.1951-960, 2010.

GARNELO, L. Relações interétnicas no processo colonizatório – panorama sucinto. In: 1 (Org.). **Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.1, 2003, p.16-19.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. e COIMBRA JR, C. E. A. (Org.). Críticas e Atuantes: **Ciências Sociais e humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2005, p.133-156.

GIMENO, S. G. A. *et al.* Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p.1946-1954. 2007.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, v. 25, n. 4, p. 634-658. 1998.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R.V. Uso do Índice de Massa Corporal na avaliação do estado nutricional de adultos indígenas Xavante, Terra Indígena Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p.1865-1872. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo**, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa: **Censo 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo**. Brasil, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p.185-207, 2003.

OLIVEIRA, G. F. D. *et al.* Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 315-321. 2011.

PELLON, L. H. C.; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p.1377-1397. 2010.

ROCHA, A. K. S. D. *et al.* Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 41-45. 2011.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. FIOCRUZ/ABRASCO. Rio de Janeiro: 13 - 47 p. 2003.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p.1949-1961. 2011.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s91-s99. 2008.

TAVARES, E. F. *et al.* Relação da homocisteinemia com a sensibilidade à insulina e com fatores de risco cardiovascular em um grupo indígena brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, p. 260-268. 2002.

TOLEDO, N. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares: um estudo comparativo entre indígenas, brancos, pardos/negros que residem na cidade de Manaus.** Fisiopatologia e Clínica Médica, apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”. Botucatu, São Paulo, 2013. 62 p.

WELCH, J. *et al.* Nutrition Transition, Socioeconomic Differentiation, and Gender Among Adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. **Human Ecology**, v. 37, n.1, p.13-26. 2009.

**ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO
DA SITUAÇÃO DOS RELATÓRIOS
ANUAIS DE GESTÃO DO SUS NO
CEARÁ DE 2008 À 2012**

Débora Sâmara Guimarães Dantas

Camila Marques da Silva Oliveira

Maria Rocineide Ferreira da Silva

INTRODUÇÃO

O Relatório de Gestão (RG) é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde que tem importância justificada porque funciona como forma de comprovação da aplicação de recursos financeiros/operacionais do SUS. Adicionalmente, o RG exprime os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS). É, pois, importante para orientar a elaboração de uma nova PAS, assim como apontar ajustamentos necessários para a elaboração do Plano de Saúde, seja ele municipal, Estadual ou Federal.

O RG é também relevante para promover a transparência na aplicação de recursos do SUS, uma vez que subsidia o monitoramento e avaliação da gestão. Portanto, deve ser habitual o processo de elaboração e mostra do RG anualmente ao Conselho de Saúde.

A apreciação deste instrumento torna transparente o trabalho no SUS, o modo como é instrumentalizado e com quais recursos, permitindo a qualquer cidadão, que tenha interesse, ter mecanismos de opinião, sugestão e, quem sabe, contestação acerca do modo como o SUS é gerido em seu município, em seu estado e no País. Assim, podemos justificar a existência do RG na perspectiva do controle social e participação comunitária na vida do SUS como um todo, ante a observância do que está descrito no relatório e da vivência da prática cotidiana operacionalizada da saúde. Este capítulo objetiva analisar a situação dos relatórios anuais da gestão do SUS no Ceará, de 2008 a 2012.

RELATÓRIO DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Relatório de Gestão é regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, e pela Lei Complementar 141/2012, e foi assim instituído para comprovar a aplicação dos recursos, disponibilização de resultados e execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2014).

Em se tratando de legislação que cita o Relatório de Gestão, estão descritos a seguir alguns dos principais atos normativos, dispostos na forma de leis, decreto, acórdão, portarias do Ministério da Saúde e resoluções do Conselho Nacional de Saúde, pactuados com os gestores do sistema.

Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.142/90 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei Complementar nº 141/12 – Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despe-

sas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Decreto nº 7508/11 – Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Acórdão nº 1459/2011 do Tribunal de Contas da União – Acordam os Ministros do Tribunal de contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em 9.1.1 instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios; e 9.1.2 permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores.

Portaria GM/MS nº 204/07 – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Portaria GM/MS nº 3.176/08 – Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

Portaria GM/MS nº 575/11 – Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria GM/MS nº 1.239/12 – Dispõe sobre a ampliação do prazo para a atualização do Sistema de apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) no ano de 2012.

Portaria GM/MS nº 2.135/13 – Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria GM/MS nº 2.807/13 – Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações, com vista à formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), de acordo com o com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Resolução CNS nº 333/03 – Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Resolução CNS nº 453/12 – Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Resolução CNS nº 459/12 – Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

Sabe-se o quanto é imprescindível que a elaboração do Relatório de Gestão seja uma prática vinculada ao cotidiano da gestão, entendendo que a realização de tal documento deve ser precedida das prestações de contas quadrimestrais estabelecidas de acordo com a legislação vigente (BRASIL, 2014). Dessa forma, o gestor deverá exibir, ao final de um ano da gestão, o Relatório Anual de Gestão, ao respectivo Conselho de Saúde, para que se proceda a sua apreciação.

SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO (SARGSUS)

O desenvolvimento da ferramenta SARGSUS surgiu da necessidade de se atender às prerrogativas definidas na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que regulamentou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – Participa SUS, no Componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, no sentido de desenvolver, com a identificação de necessidades, o monitoramento e a avaliação, por meio da articulação das ações desenvolvidas pelas diversas áreas do Ministério da Saúde, fundamentalmente as relativas ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos Planos de Saúde, dos Relatórios de Gestão, da operação dos Fundos de Saúde, dos Pactos dos Indicadores e Metas, da constituição dos serviços de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e da realização da Programação Pactuada e Integrada da Atenção (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com Brasil (2014), O SARGSUS permitiu contribuições importantes para os gestores, no que se refere aos prazos legais de apresentação do Relatório de Gestão junto aos respectivos conselhos de saúde e aos demais órgãos de controle externo, e também no que diz respeito ao próprio processo de elaboração do relatório, pela sua característica de interoperabilidade com outros sistemas de informação da gestão do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral do referido sistema é fornecer aos gestores do SUS um meio informatizado, no sentido de facilitar a elaboração e envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde, como também disponibilizar ao acesso público as informações contidas e decorrentes desses mesmos Relatórios de Gestão.

A IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A GESTÃO DO TRABALHO E PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

Os sistemas de informação em saúde são utilizados na tomada de decisão, com a finalidade de aumentar a eficiência dos serviços prestados à clientela, garantindo atualização constante e fácil acessibilidade, permitindo aos profissionais planejamento e organização das ações nos processos de trabalho, quando estão adquirindo e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos nas intervenções, buscando a solução dos problemas, e a qualidade do trabalho e do trabalhador. Esse meio disponibiliza profissionais capacitados e atualizados para atuarem nos serviços de saúde (BENITO, LICHESKI, 2009).

A importância dos sistemas de informação como apoio à gestão do trabalho em saúde, seja, na área clínica assistencial, ou na administrativo burocrática e da gestão, torna-se inquestionável. Todas as áreas e/ou campos de conhecimentos que venham a trabalhar com saúde, como Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Educação Física, Engenharias, Administração, entre outras, podem vir a utilizar como subsídios para as suas respectivas áreas as informações contidas nos sistemas, tendo-as como modo de auxílio no seu processo de trabalho, tendo em vista que estas são capazes de acelerar a efetividade de identificação de problemas individuais e coletivos; apressando a resolubilidade das necessidades e/ou situações que possam surgir nos diversos cenários e/ou ambientes de trabalho em saúde (BENITO, LICHESKI, 2009).

Ainda de acordo com Benito e Licheski (2009), é interessante ressaltar que, com origem na rapidez, acesso e flexibilidade da internet, onde estão disponibilizados os sistemas de informação, o referido sistema se tornou o maior meio para disseminação de informação e de conhecimento, entendendo que, mediante esses sistemas, é permitida a comunicação de pessoas com vários objetivos, assentindo discussões e relacionamentos múltiplos; reduzindo barreiras culturais, de infraestrutura, distância e tempo, disponibilidade de acesso, sendo possível maior troca de informações, e aquisição de conhecimentos de modo mais ágil e dinâmico.

De acordo com Silva, Cruz e Melo (2007), a informação possui dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos conselhos de saúde, fazendo-se importante a existência de mecanismos participativos e democráticos. O aparato que envolve a informação em saúde precisa estar a serviço dos sujeitos políticos; de sorte que é fundamental o acesso às informações democratizado e as barreiras superadas. Para isso, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, se faz importante, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, o efetivo conhecimento do SUS e sua legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, e demais conhecimentos para acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde nos planos municipal, estadual e nacional.

Dessa forma, Benito e Licheski (2009) defendem a ideia de que é fundamental que a informação e o fluxo articulado das informações no processo de trabalho em saúde sejam visualizados como o eixo norteador para a agilidade e efetividade das ações de saúde, sobretudo na rede de atenção à saúde. Com a globalização e o desenvolvimento tecnológico acelerado, os processos de trabalho estão se tornando cada vez mais desafiadores e complexos

para os profissionais, requerendo destes o desenvolvimento de competências que venham a se agregar às já adquiridas durante sua formação e experiência profissional.

METODOLOGIA

Estudo do tipo documental, de acordo com o conceito de Gil (2008), é aquele que se vale de recursos cursivos persistentes e continuados. Referido autor cita como exemplo disso os registros estatísticos elaborados pela Administração Pública, que podem ser muito úteis à pesquisa social.

Assim expresso, os registros de que fizemos uso foram aqueles disponibilizados no SARGSUS, meio eletrônico de monitoramento da gestão do SUS. Este sistema reúne as informações contidas nos Relatórios de Gestão já tabulados e, dessa forma, auxilia os gestores nos cumprimentos dos prazos legais para apresentação dos RG aos conselhos de saúde e permite acesso aos outros sistemas de informações do SUS.

O acesso à informação contida no SARGSUS é dividido em três partes. A primeira parte do acesso é privativa do gestor da saúde que vai preencher formulários, anexar documentos e, dessa forma, criar o RG, finalizando-o em arquivo .pdf, o qual não mais permite edição. Ao enviar para o sistema eletrônico, o acesso ao relatório passa a pertencer aos conselheiros de saúde, que o leem, preenchem o formulário de apreciação e anexam o devido parecer. Este parecer do relatório de gestão pode ser descrito como “aprovado” ou “não aprovado”. Pode ainda, contudo,

retornar ao gestor que o relatou com “recomendações de ajustes”. Nestes casos, o RG reinicia todo o processo de produção e nova apreciação. O acesso do público ao SARGSUS é restrito àqueles RG aprovados ou não aprovados.

Para a nossa pesquisa, nos debruçamos sobre as tabelas dos consolidados de Relatórios Anuais de Gestão produzidos nas 22 regiões de saúde do Ceará, o que nos permitiu visualizar a produção da gestão da saúde no Estado. O período selecionado para análise compreendeu 2008 a 2012, que se refere às gestões municipais imediatamente anteriores às atuais, uma vez que as informações acerca das gestões municipais em vigor ainda não foram divulgadas, tratando-se, portanto, das mais recentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Estado do Ceará é dividido em 22 regiões de saúde. De acordo com o que considera a NOAS-SUS01/2001, leva em conta as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, a oferta de serviços e as relações entre os municípios. Em cada região, há o município-sede, com Gestão Plena do Sistema Municipal, ou, pelo menos, com a capacidade de ofertar serviços de saúde para sua população e servir de referência para outros.

A obrigatoriedade de alimentar o SARGSUS teve início em 2007. Em 2008, iniciaram-se as novas gestões municipais. Como foi orientado anteriormente, após a entrega dos relatórios municipais de gestão da saúde, estes são submetidos à aprovação dos respectivos conselhos de saúde de cada município. Cabe a esses

colegiados a cobrança da entrega desses RG, mas impende a cada município o compromisso da entrega, como forma de dar seriedade e transparência à gestão do SUS.

A seguir, veremos uma tabela que demonstra a quantidade de RG aprovados pelos respectivos conselhos municipais de saúde, distribuídos conforme as Regiões de Saúde do Ceará.

Tabela 1. Demonstrativo do consolidado geral de relatórios municipais de gestão aprovados, conforme Região de Saúde, Exercício 2008 – 2012.

	Aprovado 2008		Aprovado 2009		Aprovado 2010		Aprovado 2011		Aprovado 2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ª Região Fortaleza	4	100,00	3	75,00	3	75,00	2	50,00	3	75,00
10ª Região Limoeiro	11	100,00	11	100,00	11	100,00	10	90,91	11	100,00
11ª Região Sobral	24	100,00	23	95,83	24	100,00	23	95,83	24	100,00
12ª Região Acaraú	7	100,00	7	100,00	7	100,00	6	85,71	6	85,71
13ª Região Tianguá	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
14ª Região Tauá	4	100,00	4	100,00	4	100,00	3	75,00	2	50,00
15ª Região Crateús	11	100,00	11	100,00	11	100,00	11	100,00	10	90,91
16ª Região Camocim	5	100,00	4	80,00	4	80,00	5	100,00	1	20,00
17ª Região Icó	6	85,71	5	71,43	6	85,71	7	100,00	5	71,43
18ª Região Iguatu	9	90,00	10	100,00	10	100,00	10	100,00	7	70,00
19ª Região Brejo Santo	9	100,00	9	100,00	9	100,00	9	100,00	7	77,78
2ª Região Caucaia	10	100,00	10	100,00	10	100,00	10	100,00	10	100,00
20ª Região Crato	13	100,00	11	84,62	13	100,00	11	84,62	13	100,00
21ª Região Juazeiro	5	83,33	4	66,67	5	83,33	5	83,33	4	66,67
22ª Região Cascavel	7	100,00	7	100,00	7	100,00	5	71,43	7	100,00
3ª Região Maracanã	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
4ª Região Baturité	8	100,00	8	100,00	8	100,00	7	87,50	6	75,00
5ª Região Canindé	6	100,00	6	100,00	6	100,00	5	83,33	4	66,67
6ª Região Itaipoca	7	100,00	7	100,00	7	100,00	7	100,00	0	0,00
7ª Região Aracati	4	100,00	4	100,00	4	100,00	3	75,00	3	75,00
8ª Região Quixadá	10	100,00	10	100,00	10	100,00	10	100,00	9	90,00
9ª Região Russas	5	100,00	5	100,00	5	100,00	5	100,00	3	60,00
TOTAL	181	98,37	175	95,11	180	97,83	170	92,39	151	82,07

Fonte: SARGSUS.

Podemos observar ampla aprovação dos relatórios de gestão, logo no primeiro ano, 2008. O quadro nos mostra, contudo, que, nos anos seguintes, os conselheiros parecem ter se tornado mais criteriosos e a aprovação dos relatórios cai para 95,11% em 2009 e chega a 82,07% em 2012. Mesmo com esta queda, a aprovação no período sempre foi maior do que 80% dos relatórios. Estes dados nos levam a acreditar no compromisso de grande parcela dos gestores municipais em tornar um SUS mais informativo de suas ações.

As regiões de saúde que mais se destacam na aprovação de seus relatórios são 10^a região Limoeiro do Norte, 11^a Sobral, 13^a Tianguá, 15^a Crateús, 20^a Caucaia e 3^a Maracanaú. Em nenhuma região de saúde foi encontrado relatório da gestão municipal não aprovado, durante o período estudado. Esse dado precisa ser objeto de estudos, a fim de questionar se essa aprovação ocorre pelo componente controle social, e/ou se as gestões encontram mecanismos de fato de realizar monitoramento para subsidiar a qualidade da gestão, sobretudo da atenção em saúde.

Uma gestão orientada por via de resultados deve ter mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social, com incentivos vinculados a produtividade e eficiência que, articulados, constatarem as condições importantes para a responsabilização dos gestores públicos.

É importante também a existência de instrumentos normativos, mas é evidente que a melhoria da capacidade institucional da gestão não ocorre pela simples existência dos instrumentos normativos, dado que a gestão envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências vinculados às distintas áreas funcionais da administração que extrapolam o campo normativo. As normas têm, no entanto, um papel fundamental na indução de práticas e comportamentos gerenciais, em especial pelo caráter coercitivo que denotam, em maior ou menor grau (DUARTE, 2010).

Tabela 2. Demonstrativo consolidado de relatórios da gestão municipal desaprovados ou encaminhados para reajustes conforme Região de Saúde, no Ceará, 2008 – 2012.

	Aprovado com ressalvas 2008-2012		Não aprovado 2008-2012		Solicitado ajuste 2008-2012		Em apreciação pelo Conselho de Saúde 2008-2012		Sem informação 2008-2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ª Região Fortaleza	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00
10ª Região Limoeiro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11ª Região Sobral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,17
12ª Região Acaraú	2	28,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13ª Região Tianguá	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
14ª Região Tauá	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15ª Região Crateús	1	9,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16ª Região Camocim	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	40,00
17ª Região Icó	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29	3	42,85
18ª Região Iguatu	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	10,00	0	0,00
19ª Região Brejo Santo	1	11,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2ª Região Caucaia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20ª Região Crato	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	15,38
21ª Região Juazeiro	1	16,67	0	0,00	1	16,67	3	50,00	2	33,33
22ª Região Cascavel	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3ª Região Maracanaú	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

	Aprovado com ressalvas 2008-2012		Não aprovado 2008-2012		Solicitado ajuste 2008-2012		Em apreciação pelo Conselho de Saúde 2008-2012		Sem informação 2008-2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4ª Região Baturité	1	12,50	0	0,00	1	12,50	1	12,50	0	0,00
5ª Região Canindé	1	16,67	0	0,00	1	16,67	1	16,67	0	0,00
6ª Região Itapipoca	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
7ª Região Aracati	2	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
8ª Região Quixadá	1	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9ª Região Russas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	11	5,97	0	0,00	3	1,63	8	4,35	10	18,40

Fonte: SARGSUS.

As variáveis de estudo “em apreciação no conselho de saúde” e “sem informação” querem nos dizer que, à época, foi concluído o período para alimentação do SARGSUS e determinados municípios que ainda não haviam dado qualquer notícia do RG. A 21ª Região Juazeiro do Norte teve municípios recorrentes nessa desinformação. No total, 18 municípios, 9,78%, numa variável ou noutra, deixaram de contribuir para informação da gestão da saúde de seus municípios.

É imprescindível que a análise aconteça fluxo contínuo. De acordo com Duarte (2010), é possível afirmar somente que no Brasil estão sendo criadas, muito lentamente, as condições para que essa forma de responsabilização se materialize. Ainda há muito a fazer para a consolidação de uma capacidade institucional da gestão com foco em resultados. Além das dificuldades já mencionadas, pode-se acrescentar a necessidade de redução das disparidades referentes à competência de gestão, dada a heterogeneidade

dos municípios brasileiros, de lidar com a falta de investimentos sistemáticos na capacitação dos recursos humanos, de fazer com que os Conselhos de Saúde atuem de forma efetiva no fiel cumprimento das normas e de ampliar novos espaços de escuta do cidadão, com a implantação das ouvidorias e demais fóruns de deliberação pública.

É imprescindível também apontar como um fator limitante o fato de que não se percebe que a prestação de contas ao cidadão seja um valor perseguido nos instrumentos normativos. Assim, não se vislumbra a forma de responsabilização pelo controle de resultados no SUS, apesar das importantes iniciativas já tomadas para implementar uma gestão orientada pelos resultados.

CONCLUSÃO

Durante este estudo, ficou evidente para nós a importância do SARGSUS, especialmente, no contexto geral da sociedade brasileira atual, em que se clama pela transparência na gestão de recursos públicos.

O SARGSUS veio para auxiliar os gestores na construção de seus RG, orientar os conselheiros de saúde na produção de seus pareceres e permitir visibilidade ao público sobre o modo como os recursos da saúde são aplicados.

O consolidado apontado pelos quadros ilustrados nos mostra a capacidade de entrega destes RG por município de cada região de saúde. A análise destes quadros nos permitiu concluir que é preciso os gestores municipais respeitarem os prazos-limite de entrega destes relatórios, pois isto permite levá-los a público com maior eficácia, em tempo hábil e de maneira mais clara.

Este consolidado, se avaliado pela equipe gestora de cada região de saúde, poderia provocá-los a tornar mais célere a fiscalização. Empreender um relatório de gestão municipal do SUS torna mais eficaz a participação popular porque dá visibilidade às ações realizadas e ao modo como os recursos são aplicados. Além disso, os relatórios de gestão empoderam os conselhos de saúde municipais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, mar 2010.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, mai/jun 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 453/12**, 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 333/03**, 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 459/12**, 10 de outubro de 2012. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141/12**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Lei Orgânica da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 95/01**, de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS/01-2001. Regionalização da assistência à saúde, aprofundamento a descentralização com equidade no acesso. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.176/08**, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 204/07**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o monitoramento e controle, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.239/12**, de 14 de junho de 2012. Dispõe sobre a ampliação do prazo para a atualização do Sistema de apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) no ano de 2012, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 575/12**, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.807/13**, de 20 de novembro de 2013. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações, com vista à formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), de acordo com o com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.027/07**, de 26 de novembro de 2007. Regulamenta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – Participa SUS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.135/13**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. SARGSUS. **Manual do Usuário para o Relatório de Gestão versão 4**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1459/2011 do Tribunal de Contas da União - ACORDAM** os Ministros do Tribunal de contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em 9.1.1 instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios; e 9.1.2 permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores. Diário Oficial da União, n. 106, 3 de junho de 2011, Brasília, 2011b.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA, A. X. da; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, mai/jun 2007.

**AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA
DO ACESSO E QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO
DOS COORDENADORES EM UMA
REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ**

Evaldo Eufrásio Vasconcelos

Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos

José Maria Ximenes Guimarães

Maria Socorro de Araújo Dias

Ediléia Marcela Dutra

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1980, inicia-se, no Brasil e na América Latina, a terceira geração das reformas do setor saúde, conhecido a Reforma Sanitária. No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo de atenção à saúde foi impulsionado pela implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e, sobretudo, com a criação do Programa Saúde da Família-PSF, em 1994, após experiência bem-sucedida do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS no Ceará (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Desde 1998, ocorre a ampliação/implementação do PSF, o qual passa a constituir estratégia para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, tomando a Atenção Primária como porta de entrada preferencial para o usuário do SUS. Verifica-se, contudo, que a Estratégia Saúde da Família-ESF avançou em cobertura nos municípios brasileiros, no entanto esta expansão nem sempre correspondeu à mudança no modelo de atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Desse modo, ao se considerar que a ESF vem se expandindo, inclusive nos grandes centros urbanos, possibilitando a reafirmação dos princípios do SUS e diante do seu acelerado processo de crescimento, emerge a necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos, que forneçam aos gestores e profissionais informações sobre a qualidade da atenção, as quais possam subsidiar a tomada de decisões, com vistas à adoção de medidas voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Assim, percebe-se a necessidade do uso de mecanismos de avaliação, que pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos campos do espaço social. O significado da avaliação em programas sociais se relaciona à determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo (HARTZ; SILVA, 2005).

Reconhecendo a existência de tal necessidade, o Ministério da Saúde do Brasil - MS tem empreendido esforços no sentido de qualificar os processos de atenção e gestão em saúde no SUS. A avaliação dos serviços de saúde é desafio para muitos gestores, na busca por estratégias que subsidiem a tomada de decisão com vistas à efetividade do direito à saúde, especificamente no âmbito da atenção básica. Nesse sentido, o MS implementa estratégias de avaliação, as quais estão centradas fundamentalmente no acesso e qualidade da atenção.

Na perspectiva de avaliar a Atenção Básica - AB, em 2011, foi instituído pela portaria de Nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de junho de 2011, o produto de um importante processo de negociação e pactuação das quatro esferas de gestão do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, tendo como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, além de tentar instituir a cultura de avaliação na atenção básica.

A operacionalização do PMAQ está organizada em quatro fases que se complementam e se conformam num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e

os gestores municipais, e destes com o MS, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. O desenvolvimento faz parte da segunda fase do PMAQ – consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase do PMAQ refere-se à avaliação externa, onde se realiza um conjunto de ações, para analisar a situação de como se encontram o acesso e a qualidade das equipes de atenção básica, que participam do programa. A quarta fase ocorre após a certificação da AB. Será baseada no desempenho de cada equipe durante o processo avaliativo, visando a uma nova contratualização de indicadores e compromissos. Dessa forma se concretiza o ciclo de avaliação da qualidade previsto pelo programa. Para a certificação, é considerado o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2012b).

Para fins deste estudo, toma-se como objeto de análise a Autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ, é mediada por um instrumento autoavaliativo respondido por profissionais e gestores de saúde.

A autoavaliação estimula o coletivo a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por este mesmo coletivo. Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões se constituindo como ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2012b).

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los, e na AB devem

ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. (BRASIL, 2012b).

Quando um coletivo se permite vivenciar um processo avaliativo, quando deflagra uma avaliação o resultado se traduz em uma transformação da realidade social. Esta, por sua vez, potencializa o alcance dos resultados esperados, ou seja, a qualificação da gestão e atenção à saúde.

Portanto, a operacionalização desta pesquisa parte das seguintes questões: como se deu a autoavaliação do acesso e qualidade da AB nos municípios circunscritos à 12^a Região de Saúde?

Este ensaio constitui um recorte da dissertação de mestrado do primeiro autor, no qual se assume o objetivo de descrever o processo de autoavaliação para o acesso e a qualidade da Atenção Básica, com base na perspectiva dos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família de municípios circunscritos à 12^a Coordenadoria Regional de Saúde do Acaraú.

METODOLOGIA

A metodologia, conforme Minayo (2006), pode ser entendida como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade e consta do processo por meio do qual os fenômenos se desenvolvem, ainda, segundo a autora, é o principal instrumento no campo das teorias sociais. Constitui-se como expediente indispensável para a elaboração do conhecimento no campo das Ciências Sociais. Nestes termos, o estudo se caracteriza como exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da 12ª Região de Saúde, com sede em Acaraú, região do litoral oeste do Ceará, constituída pelos Municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca, Marco e Morrinhos. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Constituíram-se sujeitos do estudo os técnicos responsáveis pelo PMAQ em cada uma das secretarias municipais de saúde da 12ª Região de Saúde de Acaraú, que participaram/coordenaram as autoavaliações das equipes AB, na segunda fase do programa, qual seja, a de desenvolvimento na dimensão autoavaliação, no 1º e 2º ciclos do PMAQ. Considerando que cada município possui apenas um articulador/coordenador do PMAQ, realizou-se a pesquisa com todos os sete representantes desta Região de Saúde, considerados informantes-chave. Importante é destacar que dois coordenadores permaneceram no mesmo município durante a realização dos dois ciclos do PMAQ. Assim, os sujeitos deste estudo somam um de total de 12 participantes.

Para caracterização dos sujeitos, eles foram identificados pelas falas como C1(ciclo 1) ou C2 (ciclo 2), seguido da letra C de Coordenador de cada um dos municípios, (C1-coordenador do município 1, C2...,C7).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, conduzidas com base no roteiro orientador, aplicadas aos coordenadores da AB dos municípios que compõem a 12ª Região de Saúde de Acaraú. A fase de coleta de dados aconteceu somente após a pactuação com os sujeitos e estabelecimento de agenda conforme a disponibilidade dos entrevistados.

Na análise do material empírico para melhor entendimento das questões deste estudo, tornou-se como base o pensamento de Minayo (2006), mediante a análise de conteúdo, que expressa

uma ênfase em eixos temáticos por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento compreensível pela linguagem e observação, sendo assim, um instrumento de comunicação. Para a autora, a ideia de tema está ligada a uma afirmação acerca de determinado assunto, podendo ser expresso por uma palavra, frase ou um resumo. O tema permite a descoberta de núcleos de sentidos, e estes, a realidade manifesta nos conteúdos. Nessa perspectiva, os dados foram sistematizados, seguindo passos operacionais que permitem uma articulação com o referencial estudado.

A pesquisa respeitou os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovada pelo CEP/UVA, conforme Parecer de nº. 456.984.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico procedente das falas dos coordenadores da atenção básica permitiu sistematizar suas perspectivas acerca do processo autoavaliativo, os quais podem ser sistematizados nos eixos temáticos explicitados a seguir.

(DES)CONHECIMENTO E ADESÃO AO PMAQ: ESTRATÉGIAS E FACILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO

De início, foi possível perceber que os coordenadores da AB entenderam que os profissionais da ESF desconheciam a proposta do PMAQ. Desse modo, antes de qualquer contato com o pro-

cesso autoavaliativo, todos deveriam conhecer essa nova política, suas diretrizes, seus objetivos, principalmente, suas fases.

Assim, na perspectiva de implementar o PMAQ, os coordenadores municipais da AB desenvolveram estratégias que permitissem o conhecimento do programa, por parte das equipes da ESF, e, ao mesmo tempo, a sua operacionalização nos respectivos territórios.

Primeiramente fizemos algumas reuniões pra discutir sobre o PMAQ. Logo em seguida foi entregue a AMAQ e explicado como seria, que a AMAQ era dividida em parte da gestão municipal, coordenação municipal e o pessoal da atenção básica... (C2C5).

O desconhecimento do programa e, conseqüentemente, de condução de suas fases não constituiu impedimento para adesão. Chama atenção o fato de que mesmo desconhecendo o programa, a coordenação optou pela adesão de todas as equipes inicialmente, como se observa na fala a seguir:

Chegou programa, o município tinha que fazer a adesão. A gente, de início, viu que tinha nove equipes que tinham direito a fazer a adesão, nós fomos audaciosos e fizemos a adesão de todas as equipes (onze equipes)... a partir daí as equipes sentaram para conhecer o programa. (C1C1).

O PMAQ tem caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, presupondo-se de que seu êxito depende da motivação e proatividade dos agentes envolvidos (BRASIL, 2012b).

Não obstante, é possível inferir que a adesão, mesmo (des)conhecendo o PMAQ, pode ter sido influenciada por experiências de propostas de institucionalização de propostas avaliativas da ABS. Isto fica evidente quando a fala dos coordenadores estabelece associação do PMAQ com outro programa de avaliação, o Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica-AMQ, instituído em 2005 pelo MS.

Convém destacar o fato de que houve semelhança entre os dois programas, sobretudo, quando se consideram as experiências de trabalho com a AMQ. Para esses coordenadores, a ideia foi de continuidade e não necessariamente uma coisa totalmente nova, conforme se verifica nas falas:

E pra gente não foi tão difícil aderir e trabalhar essa AMAQ, porque ela se assemelhava muito ao AMQ, que era aquele instrumento da avaliação pra melhoria da qualidade. (C1C2).

O que facilitou a aplicação da AMAQ na verdade, foi a minha experiência com a AMQ. (C1C6).

Essa relação que levou à associação da AMAQ com a AMQ encontra fundamentação no fato de que o instrumento AMAQ foi constituído com base na revisão e adaptação do projeto AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente (BRASIL, 2012a).

É importante salientar que a AMQ, instrumento proposto anteriormente pelo Departamento de Atenção Básica, base de elaboração do AMAQ, foi utilizado durante seis anos por 2.500 equipes. A AMAQ, entretanto, apenas no primeiro ciclo, foi usada por mais de 13.000 equipes (PINTO, SOUSA; FLORENCIO, 2012).

CONCEPÇÕES SOBRE AUTOAVALIAÇÃO EM SAÚDE

Concepção, em seus muitos sentidos, pode ser entendida como: ato de conceber, faculdade de compreender as coisas; percepção, fantasia, imaginação, imagem de uma coisa na mente, ideia que a pessoa formula da sua própria atuação e *status* nos grupos sociais a que pertence (FERREIRA, 1986).

Na delimitação das estratégias empregadas para operacionalizar a autoavaliação do PMAQ, foi possível evidenciar que, este permitiu aos coordenadores da AB desenvolverem suas concepções acerca dela. Ressalta-se que a autoavaliação é mediada por um instrumento autoavaliativo respondido por profissionais e gestores de saúde.

Para os coordenadores, a autoavaliação em saúde assume diversos sentidos, e este, sinalizam a importância e a forma como cada um vai trabalhar e incorporar as contribuições advindas da autoavaliação no cotidiano dos seus processos de trabalho.

...a autoavaliação a gente viu que, na verdade, era uma grande ferramenta pra gente também utilizar no nosso dia a dia como uma ferramenta de gestão. (C1C1).

A autoavaliação é um instrumento muito importante. Porque foi autorreflexivo. O que a equipe estava realmente fazendo porque as questões que eram trabalhadas a grande maioria eram coisas que já fazem parte do que deveria estar presente dentro de uma equipe... (C1C3).

Pra mim a AMAQ é um perfil, ela vai dá um modelo de saúde, comparável a uma unidade básica de saúde daqui a outra unidade básica de saúde de Fortaleza, ela vai ser a mesma, seguindo um padrão único...

... a AMAC é como se fosse uma cartilha onde eu sei que eu tenho que fazer aquilo... (C1C6).

As falas revelam que os coordenadores concebem a autoavaliação em saúde, segundo está estabelecido pelo PMAQ, ao propor que o processo autoavaliativo contínuo e permanente, tendo o intuito de verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de atenção básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para melhoria do acesso e qualidade dos serviços; além disso, estabelecendo padrões de comparabilidades, respeitando-se as especificidades locais regionais (BRASIL, 2012a).

DESENVOLVIMENTO DA AUTOAVALIAÇÃO

Segundo os coordenadores municipais da AB, diversas estratégias foram utilizadas para dinamizar a autoavaliação. Por ser uma política nova, em destaque o primeiro ciclo, a metodologia usada foi a de reuniões com as equipes da ESF. A primeira reunião com objetivo de conhecer, a princípio, o programa; a seguida, específica para trabalhar o instrumento autoavaliativo.

Nós imprimimos o manual e começamos a trabalhar com ele, fizemos nossa primeira reunião, não a primeira reunião do PMAC, pois a gente já tinha tido outras, mas nós fizemos a nossa primeira reunião pra trabalhar a autoavaliação. (C1C2).

Primeiro teve uma reunião prévia para apresentar o programa e de lá da secretaria, cada enfermeiro, cada equipe foi até sua unidade e lá repassou qual seria a proposta e como que se deveria trabalhar nesse novo padrão de qualidade e de se avaliar. (C1C7).

Depois disso, fizemos outra reunião para poder explicar pra eles como é que era feita a autoavaliação. Foi entregue a autoavaliação para a equipe e cada equipe fez entre si. (C2C4).

Destaque também para a autoavaliação da gestão, já que a AMAQ é dividida em três instrumentos distintos: gestão, coordenação e equipe. Para a elaboração da AMAQ da gestão e coordenação, estes se reuniram para conhecer e posteriormente responderam aos instrumentos, geralmente em reunião conjunta.

Com relação à autoavaliação da gestão a gente, eu o gestor se reunia... (C1C3).

A AMAQ de gestão também ocorreu da mesma forma, foi uma reunião que eu fiz com o coordenador da atenção básica onde ele respondeu a dele, o da saúde bucal respondeu o dela, e o secretário respondeu o dele. Foi assim: foram juntos, porém, cada um com o seu tempo, aonde eu ia pontuando cada questão e eles iam dando as notas para eles mesmos. (C2C6).

Convém salientar aqui a diferença do primeiro ciclo a o segundo com relação ao desenvolvimento do processo autoavaliativo de todos os agentes, pois no primeiro ciclo as respostas dadas as AMAQ foram digitadas no do Departamento da Atenção Básica do MS, diferenciando, assim, do segundo ciclo, onde não se tinha mais essa obrigatoriedade; a AMAQ respondida deveria permanecer em posse da equipe, coordenação e gestão para oportunamente apresentá-las aos avaliadores externos.

Teve outro momento que foi necessária a digitação, o que já difere deste ano que não tem isso, foi a digitação da autoavaliação no sistema. (C2C2).

Tal processo denota mudanças no registro das informações por parte das equipes autoavaliadas, bem como na utilização das informações elaboradas com base no instrumento de autoavaliação. Nesses termos, a própria equipe e os municípios passaram a ser depositários dos resultados de seus processos avaliativos, o que poderá conferir maior autonomia na tomada de decisões.

CONSENSOS NO DESENVOLVIMENTO DA AUTOAVALIAÇÃO

Os coordenadores da AB demonstram que, durante o desenvolvimento da autoavaliação em saúde foi possível o estabelecimento de consensos, numa perspectiva de pactuação e elaboração coletiva em prol da demarcação dos indicadores sob análise. Enfatizadamente as falas relacionadas, tanto ao primeiro, quanto ao segundo ciclo, demonstram convergência, conforme explicitado a seguir:

A gente decidiu em consenso que tudo que eles se autoavaliaram com a nota de sete pra baixo, em cima disso era que a gente ia trabalhar as matrizes de intervenções. (C1C2).
... aí a gente respondia as dúvidas que eram coletivas e as individuais também. (C1C4).

A gente repassou pra eles que a autoavaliação é uma coisa que eles têm que fazer com um consenso até mesmo pra ajudar a melhorar... (C2C4).

Constituir de forma coletiva essas de autoavaliação é uma prerrogativa do PMAQ, conforme defendido por Pinto (2012). Segundo esse autor, para que esta ação seja integrada e integradora, o próprio PMAQ-AB estimula uma atuação da gestão municipal mais próxima da equipe de atenção básica, valorizando estratégias de apoio institucional, de planejamento e avaliação conjunta, provoca a gestão a sentar junto com as equipes, identificando e compartilhando problemas e soluções, planejando juntos modos de superar os desafios definidos como prioritários.

Trabalhar em consenso também está de acordo com nova política da Atenção Básica que tenta institucionalizar os processos avaliativos, dependentes, fundamentalmente, do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012).

(DES)CONTINUIDADE DA AUTOAVALIAÇÃO

Na autoavaliação, segundo os coordenadores da AB entrevistados, ocorreram (des)continuidades e mudanças, que influenciaram, diretamente, de modo negativo, as práticas utilizadas no desenvolvimento do momento autoavaliativo.

Nesse contexto, todos os sujeitos envolvidos no processo foram convidados a refletir sobre seus espaços e atividades e, logo após, formular análises e a matriz de intervenções com base nas fragilidades encontradas, que deveria orientar os processos de mudanças. Isso vai de encontro ao segundo momento do proces-

so autoavaliativo, quando coloca que a elaboração da matriz de intervenção e a construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, são orientadas para melhoria da organização e qualidade dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Na prática, e no entendimento dos coordenadores, essas ações perderam forças ante o ao momento vivenciado pós-autoavaliação, que coincidiu com o período eleitoral no âmbito municipal. A (des)continuidade foi veementemente referida nas falas:

O PMAQ em minha opinião se tivesse acontecido em outro período, ele teria tido retorno bem maior... Logo em seguida houve uma quebra, não foi um processo contínuo justamente por conta do período eleitoral. (C1C1).

No segundo ciclo tivemos que começar do zero, porque de todos os profissionais que estavam nas unidades, só uma equipe se manteve, os outros profissionais mudaram de município, e as outras equipes não tinham participado... (C2C2).

Evidenciam, portanto, os efeitos da descontinuidade na implantação do PMAQ, sobretudo pela rotatividade dos profissionais nas equipes da ESF. Isto sugere, segundo Lopes (2013), a necessidade de ser promovido um movimento dos sujeitos protagonistas, que envolva a gestão nessa discussão e promova a revisão das estratégias de implantação e implementação de dispositivos indutores da melhoria do processo de trabalho das equipes com adesão ao PMAQ.

Complementando, Scherer *et al.* (2009) ponderam que a formulação do coletivo de trabalho depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se fazem com o tempo.

A rotatividade de pessoal que é definida como o fluxo de entrada e saída, isto é, uma flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente, pode ser considerada fator relevante de não sustentabilidade da ESF (CAMPOS, 2005).

SUJEITOS DA AUTOAVALIAÇÃO

Evidencia-se que foi a motivação dos coordenadores da atenção básica que reuniu o maior número de participantes para esse momento. Nesse sentido, considera-se que o sucesso da autoavaliação é o produto dos sujeitos que dela participam. Cada município, respeitando as particularidades, tentou congregiar e dinamizar seus profissionais para fortalecer esse processo e em a cada um a possibilidade de avaliarem, alcançando, assim, resultados satisfatórios nesse novo modelo de avaliação.

LOPES (2013), a incorporação de novas práticas, como a de autoavaliação, deve tomar por base a reflexão dos próprios resultados alcançados pelas equipes, onde a análise da situação facilite a tomada de decisão, os sujeitos participam, sendo chamados a fazer parte das decisões e, assim, se ampliam as possibilidades de mudanças no trabalho das equipes.

O desenvolvimento da autoavaliação tentou aproximar o maior número possível de colaboradores, como se vê nos discursos que seguem:

[...] não só a equipe nuclear; médico, enfermeiro e dentista, mas todos os outros também envolvidos no processo, ficando nesse dia exclusivamente a UBS com o vigia que infelizmente não pode participar do processo (C1C5).

[...] não só eu, todos os técnicos da secretaria, coordenadores, o próprio secretário (C2C3).

Na compreensão de Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a AMAQ é um instrumento extenso, não é de realização simples e exige importante mobilização e articulação da ESF e apoio da gestão municipal para sua realização.

Convém assinalar que, durante a condução desse processo, foi enaltecida a participação dos profissionais enfermeiros. Esses sujeitos, enfaticamente, ganharam destaque, como se pode verificar nas falas:

A figura do enfermeiro, como sempre, é inevitável. É ele quem puxa, é quem precisa acreditar, é quem a gente precisa conquistar (C1C6).

[...] fizemos uma reunião com todos os enfermeiros das equipes isso por que é meio que já intrínseco do enfermeiro gerenciar a UBS (C2C1).

Para Silva e Sena (2008), espera-se do enfermeiro uma atuação maior em coletivos capazes de incidir sobre as políticas públicas que permitam superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade dos processos de trabalho.

Por outro lado, a sobrecarga de trabalho é parte da rotina cotidiana e pode, inclusive, passar despercebida aos usuários e demais membros da equipe, mas torna-se essencial ao comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários e a interação do enfermeiro com os demais membros da equipe (DUARTE, 2013).

Percebe-se, contudo, nas falas que outro sujeito de enorme importância na autoavaliação e também na condução do trabalho na ESF não esteve presente a todos os momentos ou na realidade de alguns municípios. Com efeito, isto fragiliza esse momento tão peculiar e necessário para esta fase de desenvolvimento do PMAQ.

[...] todos os enfermeiros e ACS, enfim, toda a equipe envolvida, mas os médicos não estiveram presentes. (C1C6).

[...] e ela fez uma reunião com a equipe e fez a autoavaliação, a enfermeira, os ACS, e só. O médico não participou. (C2C7).

A ação que deveria ser interdisciplinar acaba não se concretizando. Scherer *et al.* (2013) concluem que a interdisciplinaridade não tem um fim em si mesma, não está em todos os momentos e se constitui com base nos necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde.

Importante é salientar que, no segundo ciclo, com a proposta universal do programa, essa autoavaliação foi operada de forma intersetorial e contou com a presença de profissionais do CEO e do NASF, como comprova a fala a seguir:

Todo mundo, as equipes estavam todos os presentes, CEO, NASF e cada um fizeram seu trabalho, tiramos dúvidas (C2C5).

A intersectorialidade constitui diretriz importante do trabalho das equipes da ESF, sobretudo como requisito para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde.

Ainda, em relação aos participantes da autoavaliação do PMAQ, outra dimensão importante foi posta em relevo: diz respeito à autonomia do sujeito. Percebe-se que os envolvidos estavam dotados de coeficientes de autonomia, permitindo-lhes uma atuação crítica e com potencial de intervir na realidade, com vistas à mudança social.

[...] se fosse pra responder o que a secretaria quer, não precisa levar pra área para ser respondido lá. (C1C1).

O processo em si foi totalmente desprovido de qualquer tipo de coação. (C1C5).

[...] que as notas elas fossem dadas o mais fidedigno possível, de acordo com a percepção de cada trabalhador (C2C2).

Segundo Campos e Campos (2006), a autonomia se constitui como um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde. Para esses autores,

autonomia pode ser traduzida, em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

FINALIDADES DA AMAQ: GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO SANITÁRIA

Ter na AMAQ a percepção de garantia de acesso e qualidade e responsabilização sanitária é um exercício de compreender os objetivos do programa.

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b, pag. 04).

Percebe-se facilmente que esses objetivos foram entendidos quando se analisam as falas dos coordenadores da AB, sobretudo quando consideram que a AMAQ constitui um instrumento cuja finalidade é garantia do acesso e qualidade dos serviços de saúde:

[...] justamente os padrões que vão garantir o que o programa quer no acesso e na qualidade na assistência... (C1C1).

... porque ele nos orienta como a gente tem que trabalhar isso não só em relação a equipe, mas em relação à gestão, em relação a coordenação, então ele nos dar a forma de caminhar... (C1C2).

A finalidade da AMAQ como instrumento de responsabilização sanitária também percebida, mostra que a nova proposta intenciona incluir nos processos avaliativos os gestores, que têm em si a responsabilidade de tomar decisões e executar a política de saúde, inclusive, induzir o desenvolvimento das ações de avaliação, por parte das equipes da ESF, pois dele também depende a garantia de condições para que se efetivem o acesso e a qualidade dos serviços. Para Moraes e Iguti (2013), é possível perceber aqui, no sentido da corresponsabilização, a exigência de um compromisso ético-político.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PMAQ

A ideia de institucionalizar o PMAQ e, conseqüentemente a autoavaliação no âmbito da atenção básica, também foi mencionada pelos coordenadores, quando da realização das autoavaliações.

Eu já enxergo o PMAQ como um programa definitivo na ESF, por que ele com certeza melhorou bastante... (C1C1).

Já que é universal, eu acho que todo mundo tem que estar fazendo do mesmo jeito... (C1C6).

A institucionalização da avaliação em saúde, particularmente no âmbito da AB, configura como proposta nos documentos oficiais do MS; sobretudo, quando afirma que a avaliação deve ser um processo cíclico e sistemático baseado nos resultados alcançados (BRASIL, 2012b).

Parece no entanto, que o PMAQ ainda configura a proposta inicial, ante o desafio de se institucionalizar uma cultura de avaliação nos serviços de saúde no Brasil, particularmente quando se consideram as diversas propostas anteriores com essa finalidade, as quais não alcançaram êxito pleno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou descrever o processo vivenciado pelos municípios para proceder à autoavaliação das ESF, na perspectiva dos coordenadores da AB, evidenciando seus desdobramentos e mudanças percebidas com base na autoavaliação das equipes.

Ficou evidenciado o desconhecimento do programa no primeiro ciclo, o que não impediu a adesão das equipes, mas, já no segundo momento, quando se configurou sua apresentação em ciclos, todos já o vislumbravam como um programa fixo e universal na realidade da AB. A concepção dos coordenadores acerca do PMAQ, especificamente da AMAQ, é que seja um instrumento de gestão e que já faz parte da realidade das equipes. O momento autoavaliativo foi vivenciado pelo maior número de agentes da ESF para o fortalecimento e a garantia dos serviços prestados na atenção básica.

O profissional enfermeiro foi destacado como principal protagonista no processo da autoavaliação das equipes. É neces-

sário sinalizar, entretanto, for o fato de que o êxito do processo depende da participação dos trabalhadores envolvidos com a produção de saúde na Atenção Básica. Para a realiza-se a da autoavaliação, foi aplicado o consenso entre os todos os participantes e cada equipe teve liberdade para se avaliar.

Por fim, espera-se possibilitar uma contribuição para as equipes e gestores da AB, promovendo uma reflexão acerca do planejamento, da gestão e da qualificação da assistência, para garantia do acesso e da qualidade da atenção ante esse novo programa que busca, com a instituição da cultura avaliativa, promover uma assistência de qualidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.18, p. 67-74, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica?** Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF do Município de São Paulo. 2005 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2005.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz, 2006.

DUARTE, V. R. C. **A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.** 2013. 34f. Especialização (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais – Campus Conselheiro Lafaiete; 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 783-794, maio-jun, 2009.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos a práticas na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica e o seu potencial de gerar de mudanças no trabalho dos profissionais.** 2013. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade de Brasília. Brasília; 2013.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como de forma peculiar prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. Revista aprimorada. São Paulo: HUCITEC; 2006.

PINTO, H. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. Informe técnico institucional. **Revista Eletrônica** - Tempus - Actas de Saúde Coletiva Capa. v. 6, n. 2 (2012). Disponível em <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1131/1044>>. Acessado em: 11/08/13.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., 2012.

PINTO, H. A., KOERNER, R. S. SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/2372-prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica-por-heider-pinto>>. Acesso em: 14/04/13.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008.

SILVA, J. M., CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 95-108, 2011.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: DISCURSOS DE
ENFERMEIROS**

Erika de Vasconcelos Barbalho

Cícero Ricarte Beserra Júnior

Roberta Peixoto Vieira

Francisco José Maia Pinto

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Débora Sâmara Guimarães Dantas

INTRODUÇÃO

O pensamento norteador da assistência na área da saúde, hoje, está intrinsecamente ligado ao modelo holístico do cuidado, fundamentado no conceito de saúde determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de o mais completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de uma doença.

Fazendo uma digressão histórica por via das bases evolutivas da Saúde Pública, em 1994, foi regulamentado o Programa Saúde da Família (PSF) como ferramenta do Ministério da Saúde (MS) para modificar a forma tradicional de prestação da assistência no nível primário de atenção, instigando a implantação e implementação de um novo modelo de cuidado básico que solucionasse cerca de 85% dos problemas de saúde da população (DA ROS, 2006).

Com as inúmeras experiências exitosas neste programa e a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, houve a conversão de programa para estratégia de (re)estruturação da Atenção Básica à Saúde, passado a ser denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF). É um modelo que atua de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e busca o rompimento com o paradigma tradicional da assistência, de caráter curativo de doenças, para o modelo promotor e preventivo, por meio da aproximação dos profissionais com a coletividade, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e um conhecimento aprofundado da realidade e das necessidades de cada comunidade (BRASIL, 2010).

Nesse âmbito, a ESF, ao priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários, utiliza-se da Educação em Saúde como meio para a efetivação das ações desenvolvidas, por meio do compartilhamento de informações e experiências entre as equipes de saúde e a comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Esse processo de troca, por meio do incentivo para o autocuidado, pode capacitar as pessoas e comunidade para mudanças de atitudes e comportamento, a fim da adoção de uma vida com qualidade (MACHADO *et al.*, 2007).

De acordo com Moreira (2010), a Educação em Saúde configura-se não só como um recurso para propagar a conscientização das pessoas e coletividade, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas é uma chave, dentro do processo educativo, que faz compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir na conquista de melhores condições de vida.

Nessa oportunidade, tem-se, pois, então a Educação em Saúde como instrumento utilizado pelos enfermeiros atuantes na ESF para a dispensação de cuidados à população. Esta, é uma área de atuação na qual os profissionais exploram a criatividade e a capacidade de improvisação (TREZZA, 2007).

Nessa óptica, torna-se necessário que os enfermeiros ultrapassem o mundo burocrático do cotidiano como coordenador da ESF, com suas restrições, levando o usuário à autonomia na tomada de decisões, utilizando a Educação em Saúde como estratégia para aumentar a qualidade saudável na vida de nossa clientela (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

Com suporte na relevância da Enfermagem na Educação em Saúde e da percepção de que o enfermeiro é um dos profissionais envolvidos nas ações educativas (nos planos individual ou

coletivo) na Estratégia Saúde da Família, este capítulo foi conduzido com apoio nas seguintes perguntas norteadoras: o que o enfermeiro da ESF entende por Educação em Saúde? Quais os temas abordados e metodologias utilizadas? Quais as facilidades/dificuldades da prática da Educação em Saúde? Essas perguntas conduzem ao objetivo deste estudo, quando ele se propõe a averiguar a percepção dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo qualitativo, realizado no Município de Iguatu - Ceará - Brasil, município com 24 equipes de Saúde da Família, sendo que 14 delas se localizam na zona urbana e dez na zona rural (CNES, 2011).

Os sujeitos do estudo foram nove enfermeiros das equipes de Saúde da Família da zona urbana, os quais corresponderam aos critérios de inclusão - estar em pleno exercício da profissão durante o período da coleta de dados e estar na unidade de saúde no momento da coleta. Para isto, definiu-se na pesquisa a ida por três vezes a cada serviço. Foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que optaram por não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, que abordou aspectos referentes à percepção dos enfermeiros a respeito da Educação em Saúde como meio de seu exercício profissional, no mês de fevereiro de 2013.

A organização dos dados se deu mediante a utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefrève e Lefrève (2005). Neste estudo, foram constituídos DSC com origem nas falas dos enfermeiros e estão apresentados nos eixos temáticos, mostrando também, as ideias centrais organizadas em tabelas para em seguida orientar a análise que se deu com suporte na literatura.

Conforme a Resolução 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o estudo recebeu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri - URCA, sob o Parecer nº236.916/2013.

RESULTADOS

Participaram do estudo nove enfermeiros, sendo oito mulheres e um homem, com faixa etária variando de 25 a 38 anos, que atuam nas equipes de Saúde da Família da zona urbana de Iguatu - CE. Dentre esses, obteve como prevalência o sexo feminino (8). O predomínio desse sexo pode ser notório, quando se caracteriza a profissão de Enfermagem, por ser composta em sua maioria por mulheres.

Quando questionados quanto ao tempo de formação, constatou-se nas respostas o fato de que os entrevistados concluíram a graduação dos anos de 2002 a 2011, 87,5% dos entrevistados tinham especialização em Saúde da Família, subentendendo-se, portanto, que os enfermeiros procuram se aprimorar técnico-cientificamente para o trabalho nas unidades de saúde. Já quanto ao tempo de experiência profissional, pode-se constatar que a maioria tem de um e quatro anos de vínculo com o serviço.

Quando indagados quanto a sua modalidade contratual, teve-se como resultado o fato de que aproximadamente 33,33% dos entrevistados são concursados, sendo que a maioria adota regime contratual do tipo contrato por tempo determinado, representado por 66,67%.

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Esse eixo temático exprime as percepções dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde. Deste modo, se adentrar suas percepções, realiza-se o estudo de suas atividades que são guiadas por seus entendimentos de cuidar em saúde. (Tabela 1)

Tabela 1: Ideias centrais sobre educação em saúde.

Ideia central – 1	Educação em saúde é um processo de transmissão de conhecimentos.
Ideia central – 2	A educação em saúde propicia a prevenção de doenças, promoção e a reabilitação da saúde.
Ideia central – 3	A educação em saúde liberta a pessoa para a escolha de novos hábitos de vida.

Mediante os discursos abaixo, percebem-se concepções acerca da Educação em Saúde desde o seu âmbito mais restrito, onde se insere a transmissão de informações sobre saúde, perpassando a prevenção e a promoção da saúde, consolidando-se mediante a capacitação das pessoas para o autocuidado.

Educação em Saúde é proporcionar a comunidade orientações, acompanhamento e informações continuadas ou tipos de prevenção da saúde, tratamento (adesão) e compreensão da organização das unidades de saúde. (DSC – Ideia central 1).

A educação em saúde constitui-se em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde da comunidade assistida. Como todos nós enfermeiros sabemos a educação em saúde pode ser definida: ação básica de saúde que se baseia na reflexão crítica dos grupos desenvolvidos na ESF, a fim de conscientizar sobre as causas dos problemas que surgem, e desenvolver soluções. (DSC – Ideia central 2).

É a ação de cuidar em saúde que trata o indivíduo, o paciente, em seu todo. Buscando entender a informação pré-existente, procedente a instigar, abrir uma gama de opções que interferirão positivamente na condição de vida do indivíduo. Ela atua como uma ferramenta para capacitar o indivíduo ao autocuidado, para que ele faça suas escolhas de forma consciente acerca do seu estado de saúde, de como isso interfere no trabalho, relações interpessoais. (DSC – Ideia central 3).

VISÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À FINALIDADE DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Essa orientação temática permite entender a colocação dos enfermeiros quanto aos objetivos das ações de Educação em Saúde, trazendo como ideias centrais o que está na Tabela 2.

Tabela 2: Ideias centrais sobre a aplicabilidade da Educação em Saúde.

Ideia central – 1	Ações de Educação em Saúde como estratégia de captação de usuários.
Ideia central – 2	Educação em Saúde como meio para adesão ao tratamento e prevenção de agravos.

Apesar do questionamento acerca das dificuldades na aplicação e implementação de atividades de Educação em Saúde, os enfermeiros sinalizam que tais ações contribuem para a captação de usuários para a Estratégia Saúde da Família, bem como possibilitam melhor adesão aos serviços.

Nem sempre a Educação em Saúde é muito eficaz, pois a comunidade por vezes está acostumada a frequentar a ESF somente quando necessitavam pegar remédios, ou em busca de consulta, mas a rotina de palestras semanais sobre assuntos sugeridos por eles pode trazer a comunidade para dentro da ESF em busca de informações. (DSC – Ideia central 1).

A educação em saúde figura-se como práticas de fundamentais importâncias, para que haja a melhora da saúde dos indivíduos, o controle das doenças prevalentes, pois, melhora a percepção da comunidade, promovendo, assim, a adesão aos tratamentos e a prevenção dos agravos à saúde. (DSC – Ideia central 2).

TEMAS MAIS TRABALHADOS PELOS ENFERMEIROS NA REALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Uma ampla gama de temáticas pode ser trabalhada nas ações de Educação em Saúde (Tabela 3).

Tabela 3: Ideias centrais sobre as temáticas trabalhadas.

Ideia central – 1	Educação em Saúde com ênfase em doenças crônicas.
Ideia central – 2	Educação em Saúde com ênfase em doenças transmissíveis.

Apesar das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde possuírem um propósito que vai além da prevenção e tratamento de doenças, percebe-se que a maior parte das ações respondem apenas a esse objetivo, abordando as doenças crônicas e doenças transmissíveis.

Os temas, na maioria das vezes, são definidos pela própria demanda da comunidade, surgem de acordo com a necessidade da população. Os mais comuns são: diabetes, HAS, câncer (mama, colo e próstata) e obesidade. (DSC – Ideia central 1).

A escolha é feita a partir de déficits de conhecimento dos pacientes, que surgem durante as consultas ou mesmo no encontro dos grupos de idosos, adolescentes e gestantes abordando vários temas no intuito que mudem os hábitos de vida que se tornem saudáveis dos indivíduos, a partir de diagnóstico situacional, ou mesmo, por sugestão de agentes comunitários de saúde. Os temas na maioria das vezes são: Saúde Sexual, DST's e AIDS, prevenção de agravos em Hanseníase. (DSC – Ideia central 2).

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS

Esse eixo trata das atividades de Educação em Saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto da ESF, como também o posicionamento daqueles que não realizam tais atividades.

Tabela 4: Ideias centrais sobre a realização de ações de Educação em Saúde.

Ideia central – 1	Atividades educativas que são realizadas mesmo com as adversidades.
Ideia central – 2	Justificativas para a não realização das atividades educativas.

Alguns profissionais:

Cronograma mensal, informativos sobre prevenções de doenças, as ações acontecem de forma individualizada (consultas com escuta qualificada) e em coletivo (roda de diálogo e problematização com famílias) e treinamentos na linha de autocuidado. Que podem certamente ser prejudicadas devido à escassez profissional e alta taxa de rotatividade profissional nas UBS. (DSC – Ideia central 1).

Até o momento, quase nenhuma pela falta de outros profissionais na Unidade, a qual sobrecarrega o enfermeiro, pois está ligada ao contexto a que aquela unidade está inserida. Ou, mesmo, como população, área geográfica, equipe de saúde, pontos de apoio e outros fatores que poderão determinar a viabilidade ou não desse processo. (DSC – Ideia central 2).

DISCUSSÃO

Atualmente, as propostas para a Educação em Saúde se fundamentam em conceitos que promulgam a autonomia do sujeito, sua participação e agenciamento como autor de suas escolhas. A possibilidade de se aplicar métodos, táticas e estratégias para estimular o autogoverno, o gerenciamento de si e o cuidado de si parece prevalecer nas articulações entre a Educação em Saúde e a Promoção em Saúde (MISSIO *et al.*, 2007).

Alguns discursos permitem inferir que os enfermeiros percebem a Educação em Saúde como estratégia utilizada para que o tripé da Estratégia Saúde da Família - promoção, proteção e reabilitação da saúde - em que a mesma enseja uma formação crítica da pessoa, podendo ser amparado pelo estudo de Buss (2000), que aponta a Educação em Saúde como ferramenta que busca trabalhar pedagogicamente os grupos envolvidos no processo, fomentando formas de aprendizado e participação popular, com o incentivo ao crescimento e a capacidade de análise crítica dos sujeitos envolvidos, conferindo uma promoção, uma proteção e uma reabilitação da saúde, destarte, cada vez mais eficaz.

Logo, as diversas percepções dos enfermeiros acerca da Educação em Saúde exaltadas por meio dos DSC podem ser justificadas pelo fato de a Educação em Saúde ser a base das ações desempenhadas pelos profissionais na ESF, além de ser o principal meio de se prevenir e, conseqüentemente, promover a saúde da população (ROECKER; MARCON, 2011). Pode-se exprimir, ainda, a ideia de que essas percepções culminam em orientações que visam a atingir os objetivos dos desdobramentos dos planejamentos situacionais mediante as realidades distintas de cada unidade de saúde. Ademais, as maneiras com que a Educação em Saúde é vista não alteram os seus benefícios, desde que ela seja realizada.

Sabe-se que a Educação em Saúde é um vasto campo para atuação da Enfermagem. O enfermeiro é um educador nato, cabendo-lhe desenvolver e aplicar modelos e métodos educacionais que reforcem essa característica e melhorem a vida da comunidade em que atua.

A educação assume diversos significados de acordo com o contexto em que está inserida, pois a educação é uma ação socio-cultural, que, ao longo da humanidade, teve várias facetas que, por sua vez, propiciaram muitas formas de ações e respostas a essas ações. Ora era vista na história como meio de libertação, ora observada como modelo apenas tecnicista que conferia mão de obra qualificada para o mercado; logo, por não possuir várias formas de perceber a mesma aplicada à Saúde Coletiva, área em que está enquadrada à ESF que tem como um dos alicerces filosóficos a Educação em Saúde.

Mesmo existindo enfermeiros que tenham o processo educativo em saúde como algo enfadonho e restrito apenas a uma de suas modalidades desenvolvida, que é a palestra, expressa-se que não há um conjunto mais vasto do que a Educação em Saúde, para transmitir conhecimentos e constituir peça a peça uma visão que seja conferidora de geração de novos métodos, metodologias e contexto cotidianamente aplicável (SUDAN, 2008).

Uma vez que se aponta o enfermeiro como responsável direto pela equipe de Enfermagem, deve ser capaz de reconhecer, nos processos educativos, um emaranhado de relações e de considerar o aprender, o ensinar, o espaço onde este ocorre, os agentes envolvidos, como também a finalidade do trabalho da Enfermagem que é o cuidar, numa perspectiva mais holística do ser humano (BESERRA JÚNIOR *et al.*, 2012).

As práticas educativas em saúde no contexto da Enfermagem se tornam uma realidade cada vez mais efetivada, em virtude da mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico falido para a implantação do conceito da promoção da saúde humana. É imprescindível ao enfermeiro realizar práticas de Educação em Saúde ao fornecer cuidados diretos à comunidade, a fim de que as pessoas busquem melhor bem-estar, participação e representação social, tendo o empoderamento de suas ações (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Um assunto implícito nesses DSC é que essa adesão aos tratamentos e aconselhamentos se dá por meio do vínculo do enfermeiro com os demais membros da equipe, sem dúvida, algo primordial para a condução das atividades educativas, assim como do planejamento para que as mesmas ocorram com total eficácia. Outro vínculo, porém, realmente deve ser conquistado, constituído com a comunidade, pois sem ela não se faz a Educação em Saúde, haja visto que o relacionamento das equipes de saúde com as famílias facilitará a visualização e um conhecimento melhor da realidade da comunidade, identificar as prioridades para direcionar o trabalho de Educação em Saúde (OLIVEIRA; ANDRADE; SILVA, 2009).

A Educação em Saúde, nas últimas décadas, exprime um crescente desenvolvimento das reflexões teóricas e metodológicas. O profissional da área de Enfermagem mediante sua formação, faculta ações prioritárias para redução de danos à saúde da sociedade. Assim, aderir a práticas educativas na capacitação da equipe, como educação continuada e da comunidade na educação permanente, torna-se essencial para consolidar o propósito do programa.

Percebe-se, então que a forma com que os temas para a Educação em Saúde são escolhidos pode ensejar um envolvimento da comunidade e/ou equipe da ESF, fato que é importantíssimo, pois a Promoção da Saúde está intimamente ligada à valorização da responsabilidade mútua, entre profissionais da ESF e a comunidade. Pode-se destacar os princípios fundamentais e de embasamento filosófico que regem o SUS, como os da universalidade e integralidade, que subsidiam as modalidades de cuidados dispensados na ESF.

Para isso, a ação educativa desenvolvida no PSF deve propiciar uma articulação de vários saberes, com o objetivo de qualificar a assistência diante dos anseios da sociedade. Em relação à Enfermagem, essa ação é um elemento constitutivo do processo de trabalho, ainda que sejam campos de conhecimento e práticas independentes, Educação e Saúde estão profundamente interligadas.

Nessas colocações dos DSC's anteriormente apresentados, pode estar clara a preocupação dos enfermeiros em constituírem práticas de acordo com os interesses e necessidades da população. Dessa forma, há valorização dos sujeitos que participam ativamente da prática educativa e que não se limitam apenas a ouvir uma transmissão de regras e condutas, como também é observado nos estudos de Heringer *et al.* (2007).

Essa fragilidade conceitual, entretanto não é motivo, por si, para que não haja a realização das práticas educativas, uma vez que cada profissional tem peculiaridades e, nessas singularidades, encontra-se a possibilidade de haver surgimento de novos arsenais para auxiliar nas atividades educativas.

Sendo assim, as práticas de Educação em Saúde, atualmente, requerem diretrizes afastadas do poder coercivo e normativo, objetivando modificar as oportunidades de educar a coletividade

em momentos prazerosos, favorecendo para que a aceitação de mudança no estilo de vida, para manter a saúde ou mesmo prevenir a doença, seja alcançada de forma consciente. É consenso que os enfermeiros ultrapassem o mundo burocrático do cotidiano como coordenadores da Estratégia da Saúde da Família - ESF, que as limitações de recursos, problemas ou condições precárias do sistema de saúde não venham a roubar a crença de que podem modificar hábitos e atitudes errôneas.

A Educação em Saúde, muitas vezes, é entendida erroneamente como sinônimo de palestra, porém, essa última é apenas uma das possibilidades que a Educação em Saúde dispõe para agir como elemento transformador do meio social onde está inserida a coletividade adscrita a uma Unidade Básica de Saúde; haja vista que os profissionais da ESF, destacando-se o enfermeiro na realização dos processos educativos, deve ter conhecimentos acerca da gama de modalidades que essa ferramenta possui, para que, assim, sejam escolhidos os materiais e métodos que se adéquam aos objetivos propostos mediante a realidade de sua clientela (HEIDEMANN, 2006).

Desse modo, a pessoa é conduzida, cada vez mais, para uma autonomia em suas escolhas numa percepção crítica onde está inserido, utilizando a Educação em Saúde como estratégia para aumentar a qualidade saudável na vida da clientela.

Destaca-se que o DSC 1 entra em conflito diretamente com o DSC 2, visto que ambos convivem no mesmo cenário, no qual muitas equipes sofrem por carências profissionais, porém se faz aqui, mesmo com essas adversidades, uma valorização dos processos educativos para com a coletividade.

Consequentemente, não oponente, para desenvolver essas ações faz-se necessário que a equipe tenha o perfil e conhecimento do que é este programa e de suas atribuições distribuídas por

profissionais, considerando que conhecer a filosofia do programa é fundamental para que se possa perceber a importância da realização de atividades educativas com a população, sem as quais o programa não consegue cumprir a sua finalidade, qual seja: uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2001).

Portanto, infere-se que o DSC 2 pode ser justificado em concordância com Melo, Santos e Trezza (2005), pois se entende que a não priorização das atividades educativas possa ser explicada pelo conceito ou pela compreensão que os profissionais da equipe possam ter do que seja Educação para a Saúde, ou mesmo, no momento, estão dando importância apenas ao número de atendimentos priorizados pela secretária do município, deixando a desejar nas atividades com a comunidade.

Dessa forma, a Educação em Saúde é um campo que denota múltiplas faces, para o qual se encaminham diversas concepções, das áreas tanto da Educação, quanto da Saúde, as quais espelham distintas compreensões do mundo, demarcadas por variadas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Destarte, cabe ao enfermeiro, no seu papel de líder, aderir, demonstrar, implementar ações de Educação em Saúde que valorizem não somente técnicas e procedimentos, bem como o relacionamento com o cliente, o olhar, tocar, falar, ouvir, apoiar, conseqüentemente, qualificando mais o atendimento e sensibilizando toda a equipe e assim toda a coletividade sob seus cuidados.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa enfatizou que os enfermeiros divergem quanto aos conceitos acerca da Educação em Saúde, conferindo a essa uma variabilidade de formas de sua aplicabilidade; e que não há danos significativos para essas várias percepções conceituais para a Educação em Saúde, pois o objetivo é somente cumprido quando existe a prática contínua das atividades educativas em saúde, e não da concepção filosófica que se tenha a respeito da Educação em Saúde.

Tem-se, nesse meio, uma possibilidade para atuar na qualificação da assistência dispensada, apesar de que ainda haja resistências por um determinado percentual de componentes da equipe ou pelos próprios enfermeiros, para a prática da Educação em Saúde, ora por escassez de recursos profissionais, ora pela não valorização da Educação em Saúde e/ou colocação desta em segundo plano.

Os alicerces da Saúde Pública estão intrinsecamente ligados às ideias de: promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Desse modo, para que se tenha uma melhoria na assistência do atendimento de Enfermagem, deve existir um acolhimento, que tenha como orientação a criação de vínculos, concebendo um caráter fundamental ao cuidado que se produz. É assim que práticas de Educação em Saúde se estabelecem entre os serviços, trabalhadores e usuários, portanto produzindo bom relacionamento entre os participantes desse processo, harmonizando o ambiente onde o usuário se ache ativo no cuidado oferecido, e assim permitindo mais resolubilidade no atendimento, trocando velhos paradigmas por novos hábitos, buscando na participação democrática, soluções que sejam úteis para cada realidade individual.

Deste modo, entende-se que a escassez de profissionais com estabilidade de vínculos empregatícios prejudica os processos de educação em saúde, uma vez que estes devem ser contínuos para se obter resultados que serão reconhecidos a longo prazo. Não é como um estado febril, para o qual se administra um antipirético e, em resposta aos caracteres farmacoterapêuticos da droga, a temperatura corpórea tende a voltar rapidamente para sua normalidade.

Analogicamente falando, porém, assim como um jardim, onde cada atividade de Educação em Saúde realizada seria como uma semente que fora plantada, e já as atividades subsequentes, a germinação e crescimento do embrião, e, ao longo dos anos, os frutos que iriam aparecendo foram semeados oriundos das atividades educativas, que, por fim, resultariam nas mudanças, para além do estilo de vida da população, mas também nos modos de produção de sua saúde. Evidencia-se nesta população uma formação mais crítica e capacidades de desempenhar com eficácia o processo de autocuidado. Desse modo, se contribui com o empoderamento dos sujeitos para uma tomada de decisão com base reflexiva e desenvolvida a partir do diálogo com os profissionais de saúde que atuam na ESF.

Com o término deste trabalho, identificou-se o fato de que, dentre os profissionais de saúde que exercem um desempenho significativo nas relações entre seres humanos, coletividade, pesquisa e saúde, encontra-se o enfermeiro, ocupando um lugar de destaque na Estratégia da Saúde da Família, tendo como um de seus papéis primordiais a promoção e ampliação da realização das atividades de Educação em Saúde com criatividade e desenvoltura, sejam no aspecto individual ou em comunidade, ponderando os empecilhos que envolvem a saúde, e assim proporcionando uma melhoria na qualidade da assistência prestada, evidenciando atitudes benéficas capazes de transformar o cuidado orientado pelo princípio de alteridade.

E, deste modo, impõe-se instigar enfermeiros e demais profissionais que sejam realmente comprometidos com a Educação em Saúde, para que possam utilizar seus conhecimentos técnico-científicos, porém que tenham a capacidade de observar e perceber as necessidades de cada cliente, de maneira única, onde quer que estejam, prestando uma assistência humanizada, constituindo um movimento crescente que valorize a Educação em Saúde, o qual representa uma síntese de anseios para o aperfeiçoamento das ações e relações entre os sujeitos envolvidos, gerando a integralidade do atendimento, conferindo a esse um foco mais holístico.

REFERÊNCIAS

BASTOS, N. M. G. **Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico**. 4 ed. Fortaleza, UNIFOR, p. 43, 2007.

BESERRA JÚNIOR, C. R.; BESERRA, A. K. A.; LUNA NETO, R. T.; VIANA, N. B.; LUCENA, N. G. **A Inserção do Enfermeiro na Perspectiva da Saúde Coletiva**. In: 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem- CBCENF. Fortaleza Ceará, 2012. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=10&sec=64&niv=7.1&mod=2&con=7821&pdf=1>>.

BRASIL, Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Manual para Operacionalização das Ações Educativas no SUS**. Educação em Saúde – Planejando as Ações Educativas: Teoria e Prática. São Paulo (SP): Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, CNS/CONEP. **Resolução CNS nº 466**, de 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-77, 2000.

CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/ Município de Iguatu, CE, 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/lista_es_municipio.asp?vestado=23&vcodmunicipio=230550&nomeestado=ceara>. Acesso em: 13 set. 2012.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 44-66.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, p. 41, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.2, p.57-83, mar/abr, p. 21, 1995.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção de saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

HERINGER, A; FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S.; BARROS, A. L. S. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 2007 dez; v. 28, n. 4, p. 542-8.

Houaiss A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 4. ed. São Paulo. Objetiva, 2011.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)** Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. D. J. S. B.; PINHEIRO, A, K, B, P. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-7, abr/jun 2009.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião - AL: detectando dificuldades. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-5, maio/jun 2005.

MISSIO L; RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S; BASSINELLO, G. A. H. As implicações da educação em saúde como práticas de bio-ascese na constituição do sujeito "autônomo". **Anais do 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem- SENPE**, 2007, Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2007. p. 1.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE I. M.; RIBEIRO, R. S. Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento. Conceitos e Reflexões. **Rev. Bras. Enferm.** v.15, n. 3, p. 284- 287, 2009.

ROECKER S; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out/dez 2011.

SUDAN L. C. P; CORRÊA, A. K. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 576-82, set/out 2008.

**GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE
CUIDADO A ADOLESCENTE NO
PRÉ-NATAL: ENFOQUE EM AÇÕES
EDUCATIVAS**

Maria Veraci Oliveira Queiroz

Giselle Maria Duarte Menezes

Eysler Gonçalves Maia Brasil

INTRODUÇÃO

No período da adolescência ocorre a transição entre a infância e a vida adulta em suas várias configurações. Nas dimensões psicossociais e fisiológicas, esta fase do desenvolvimento é marcada por intensas modificações. Cronologicamente, segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência compreende o intervalo dos dez aos 19 anos (BRASIL, 2005). Embora não se resuma à questão biológica, a adolescência frequentemente está associada às transformações físicas decorrentes da puberdade, que transformam o corpo infantil em adulto, capacitando-o à reprodução. Assim, as diferenças sexuais, antes nem tão evidentes, na puberdade se tornam explícitas, ficando o exercício da sexualidade mais manifesto (PATIAS e DIAS, 2011).

No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Destes nascimentos, 95% ocorrem em países de baixa e média renda. Na América Latina, o percentual está perto de 18%, sendo que metade desse ocorre em apenas sete países; um deles é o Brasil (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

No Brasil, o fenômeno da gravidez na adolescência tornou-se mais visível com o aumento da proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos, que se observou ao longo da década de 90, quando os percentuais passaram de 16,38% em 1991 para 21,34% em 2000. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2010, embora abaixo do nível de reposição da população nacional, que seria de dois filhos em média por mulher, a taxa de fecundidade média das brasileiras (1,94 filho por mulher em 2009) expressa importantes desigualdades, sobretudo em função da escolaridade (IBGE, 2010).

Dos anos 1980 em diante, visualiza-se mais intensamente a concretização de políticas direcionadas à saúde da mulher. Com efeito, muito se questiona a respeito da gravidez na adolescência nos dias de hoje, visto que a mulher passou a ter reconhecimento pessoal e profissional, como participante ativa no desenvolvimento econômico e social. Estas mudanças trazem outras configurações sobre a maternidade precoce.

No estudo de Donato *et al.* (2012), os autores ressaltam que a visão reducionista de alguns pesquisadores em tratar a gravidez na adolescência como um “problema” pode causar restrições em pesquisas e implicações na prática profissional, especialmente na Enfermagem durante o planejamento e execução de ações de cuidado à saúde em relação a este grupo populacional.

Entende-se que o cuidado com a adolescente grávida se inicia naturalmente quando da assistência pré-natal, no primeiro trimestre da gravidez. Os enfermeiros mantêm diálogo com estas jovens, dando oportunidades de manifestarem suas preocupações e dificuldades vividas neste momento. Isto pode servir para a adolescente refletir, aprender e assumir alguns cuidados consigo e com o filho quando nascer.

O reconhecimento das necessidades por parte dos enfermeiros no transcorrer do período de transição vivenciado pela adolescente grávida permite compartilhar as experiências por meio do diálogo e da observação, promovendo o cuidado e, ainda, auxiliar no “empoderamento” das adolescentes para utilizar os próprios recursos nas situações estressantes inerentes ao processo gestacional. O enfermeiro, ao compreender essas experiências, é capaz de planejar as ações de cuidado mais eficazes (MACHADO, 2004).

Com efeito, ao realizar as consultas de pré-natal, o profissional pode desenvolver o vínculo com a gestante, relação necessária para que tenha condições de expor as suas necessidades e receber

do profissional de saúde o apoio social que possa amenizar os efeitos negativos do estresse no organismo, estimulando nelas a capacidade para lidar com situações difíceis. Com isso, aumenta a vontade da pessoa de viver, com melhora da autoestima, contribuindo para enfrentar esse momento de crise. Nesses casos, a busca do serviço de saúde como estratégia terapêutica sinaliza para o papel central dos profissionais de saúde na detecção de isolamentos autoimpostos, que impedem a adolescente de interagir e ampliar sua rede de apoio social (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB; 2011).

Acredita-se que, além da consulta individual humanizada, o atendimento grupal programado pode favorecer troca de conhecimentos e experiências informalmente, pela efetivação do vínculo entre o enfermeiro e a cliente, assim como pela identificação das adolescentes com seus pares. A ação grupal, além de favorecer o vínculo da adolescente com os enfermeiros que realizam o pré-natal, contribui para o empoderamento da gestante no cuidado de si e do recém-nascido. É no grupo que acontece uma discussão informal. Sendo realizado com um número reduzido de adolescentes, favorece o diálogo como um pilar importante para que as grávidas se acham amparadas e seguras acerca das orientações recebidas durante o pré-natal. Essa estratégia é complexa, requer disponibilidade dos envolvidos, porém, imprescindível para identificar experiências, opiniões, ideias e possíveis situações adversas, assim como para direcionar o cuidado pré-natal de acordo com as necessidades de cada gestante.

O objetivo principal de uma ação grupal deve incluir o conhecimento das percepções e necessidades dos participantes, que são postos em discussão. Idade, posição social, posição hierárquica, conhecimento dos participantes e outras variáveis podem influenciar na discussão e na consolidação do grupo. Por isso, a

definição do grupo-alvo deve ser a mais específica possível. Normalmente, os participantes possuem alguma característica em comum, tais como nível de escolaridade, condição social e cultural para facilitar a interação e a comunicação (SOUZA, 2011).

A Promoção da Saúde deve potencializar a experimentação de novas abordagens educativas do enfermeiro no pré-natal, bem como a criação de instrumentos tecnológicos efetivos que possam favorecer o cuidado de Enfermagem e o empoderamento desta jovem para o cuidado de si e do filho. Nessa perspectiva, o enfermeiro precisa dialogar abertamente sobre diversos assuntos da gravidez na adolescência, não de forma moralista, mas respeitando as diferenças culturais e os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. O enfermeiro poderia se deslocar da posição de profissional que já tem resposta pronta, renunciando em alguns momentos à fala, à justificativa, ao desejo de explicar, de convencer e responder o sofrimento do outro (ALMEIDA, 2009). A experiência de grupo se mostra bastante eficaz nesse sentido, pois favorece a escuta direcionada a várias pessoas com vivências semelhantes.

A experiência das autoras na pesquisa e na assistência com adolescentes gestantes, especialmente no cuidado de Enfermagem, às despertara para a seguinte indagação: como o trabalho com grupo de gestantes adolescentes pode contribuir no cuidado materno e ao recém-nascido? Este questionamento está pautado no pressuposto de que os encontros grupais com adolescentes grávidas favorecem a orientação de cuidado à mãe e ao recém-nascido e facilitam a formação do vínculo entre o enfermeiro e as gestantes durante a assistência pré-natal.

O trabalho com grupos está integrado ao cotidiano da Enfermagem, muitas vezes como meio de trabalho, porém nem sempre se consideram os determinantes ligados ao seu êxito ou

fracasso. A articulação entre embasamento teórico, reflexão e experiência com grupos traz a verdadeira aprendizagem acerca dessa abordagem e seus benefícios como estratégia de trabalho para a Enfermagem (SOUZA, 2011).

É observado em nossa prática, porém, que há lacunas no preparo do enfermeiro para o desenvolvimento dessa atividade grupal, ou seja, este requisito básico não é explorado na formação e na educação permanente dos profissionais. Admite-se, pela experiência de realizar grupos de gestantes, que essa não se constitui tarefa das mais fáceis, embora agradável e muito compensadora.

Acredita-se, portanto, que esta pesquisa, baseada em dados teóricos e empíricos, traz subsídios para a formação e prática do enfermeiro com grupos de gestantes adolescentes, estimulando, portanto, esta atividade e contribuindo na gestão do cuidado clínico, instigando o planejamento e o desenvolvimento de atividades grupais de forma integrada com outros profissionais da atenção primária.

METODOLOGIA

O estudo sobre relatório é descritivo, na abordagem qualitativa, que busca compreender o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes do ser humano, não somente pelo modo de agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e em origem na realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011).

O local do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no Município de Fortaleza, pertencente à Secretaria Executiva Regional I. Esse local foi escolhido acreditando-se na possibilidade da aproximação com o objeto de estudo com base na realidade na qual uma das pesquisadoras está inserida. Além disso, já é instituído o grupo de adolescentes nesta unidade há três anos. O espaço físico utilizado para a realização das atividades grupais durante a coleta das informações desta pesquisa foi o auditório descrito, visto que é uma recomendação um ambiente ideal para a realização de grupos focais, propiciando privacidade, conforto, sem interferências sonoras e fácil acesso para os participantes (KING, 2004).

As participantes do estudo foram 16 adolescentes grávidas assistidas na rede básica de saúde. Estas foram incluídas na pesquisa de acordo com os seguintes critérios: estarem realizando pré-natal na unidade básica escolhida para o estudo; terem idade de dez a 19 anos; manifestarem interesse e disponibilidade em participar de pelo menos um encontro no grupo das gestantes realizado durante o ano da coleta das informações. Foram critérios de exclusão da pesquisa: as adolescentes usuárias de álcool, drogas e/ou psicotrópicos, aquelas que não aceitassem ser incluídas na dinâmica de atendimento em grupo e as que não estivessem realizando regularmente as consultas agendadas de pré-natal no 2º e 3º semestres.

Como técnica para coleta das informações, foi utilizado o Grupo Focal (GF), uma técnica que constitui um método para avaliar diversos temas de interesse coletivo, como mensagens de Educação em Saúde, compreensão do público sobre doenças e experiências de pessoas a respeito de doenças e de serviços de saúde (KITZINGER, 2009).

Do ponto de vista operacional, os grupos focais devem ser compostos por um moderador, que procura promover a interação social dos participantes. Esse papel é comumente desempenhado pelo próprio pesquisador; um observador, cuja função é avaliar a condução da técnica. A escolha dos demais participantes deve ser intencional de acordo com os objetivos do estudo, sendo necessário que haja no mínimo uma característica homogênea, que neste estudo foi a gravidez na adolescência. Um dos papéis mais importantes do observador é analisar a rede de interações durante o processo grupal. O observador deve ter posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes, preocupações (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

O moderador permitiu que o debate transcorresse de forma espontânea, estando atento, porém, para os prováveis desvios do assunto e passando para a etapa seguinte, sem rompimentos bruscos. Assim, a utilização do GF entre adolescentes proporcionou interação e verbalização de dúvidas, tabus e preconceitos, além de possibilitar o compartilhamento de opiniões, podendo inclusive desencadear reflexões sobre a adoção de ações promotoras de saúde. No encerramento, expôs-se, de maneira sintética, a discussão promovida pelo grupo, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas, observando se as informações foram satisfeitas de acordo com o temário e a necessidade de mais encontros.

O registro dos dados foi efetuado por meio da gravação de voz e imagem. Procurou-se respeitar o limite de tempo em cada grupo. Portanto, a duração de cada sessão grupal não ultrapassou duas horas. Procurou-se, ainda, seguir as etapas previstas para o funcionamento dos grupos focais: abertura, preparação, debate, encerramento, discussão e ação posterior. No início, a

abertura e preparação duraram aproximadamente dez minutos (KING, 2004; KITZINGER, 2009). As conversas foram orientadas pelo roteiro temático: 1 - Participação no grupo de gestantes; 2 - Grupo de gestantes adolescentes e os cuidados de si e do bebê.

A análise foi feita com base na organização de categorias, procedimento indicado por alguns autores para o tipo de pesquisa com rico material oriundo de entrevistas individuais ou coletivas. Flick (2004) registra o desafio que se lança ao pesquisador para a análise tanto do conteúdo da discussão em grupo quanto do processo grupal, complementando esse posicionamento sobre análise de grupos ao afirmar que o exercício do papel de observação põe à disposição uma análise dos vínculos e dinâmicas do grupo. Por isso, o procedimento de análise de grupos focais envolve tanto uma análise temática quanto um exame das interações, necessariamente interligadas.

Desse modo, reuniram-se as entrevistas - o *corpus* a ser analisado, o qual foi transcrito na íntegra pela pesquisadora e, posteriormente, aplicadas as etapas da Análise de Conteúdo. O processo iniciou-se com a codificação, operação em que os dados foram fragmentados e, em conjunto, reintegrados de novas maneiras pelos núcleos temáticos identificados. Assim, as informações organizadas e interpretadas, pelo método de Análise de Conteúdo, do tipo análise categorial temática, seguiram as fases estabelecidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, mediante análise e interpretação (MINAYO, 2009). Daí formularam-se as categorias pelo agrupamento das subcategorias emergentes destacadas nos resultados.

Na condução da pesquisa, foram respeitados todos os princípios éticos da Resolução nº. 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, Parecer

nº 501.683. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi mostrado às participantes, que o assinaram, dando anuência de participação voluntária, pois estavam informadas sobre os aspectos éticos relativos à autonomia, à beneficência, a não maleficência e a justiça no desenvolvimento da pesquisa.

RESULTADOS

Na categoria **Participação no grupo de gestante e as repercussões na saúde** as adolescentes ressaltaram a influência desta estratégia educativa no pré-natal, um *espaço de convivências e saberes* que favorece melhor aceitação da gravidez e a *refletir o papel materno*.

Eu não sou totalmente de primeira viagem, mas tinha muita coisa que eu não sabia. (*Ametista, 18 anos*).

Já tirei algumas dúvidas aqui, ainda tenho muitas, mas deu para aprender. (*Esmeralda, 15 anos*).

No começo eu não estava nem aí para minha gestação, mas depois do grupo isso mudou. (*Apatita, 14 anos*).

Participar do grupo melhorou para mim porque eu tive mais amor com o bebê, antes não ligava muito para gravidez. (*Ônix, 18 anos*).

Desse modo, destacam o *momento de diálogo entre profissionais e seus pares*, explicando que ali tiveram uma oportunidade de poderem conversar livremente sobre assuntos diversos com os profissionais que realizam o pré-natal e as outras adolescentes, compartilhando suas experiências e saberes.

Gostei no grupo foi de conversar com as enfermeiras (acadêmicas de enfermagem) (...) tinham muita atenção, muito preocupadas/ acho que por terem nossa mesma idade. (*Ônix, 18 anos*).

[...] no grupo falamos dos cuidados de uma forma simples, conversar umas com as outras é muito bom (...) a gente conversa até sobre onde comprar as coisinhas do bebê. (*Turquesa, 18 anos*).

[...] uma mãe de primeira viagem precisa participar desses momentos tanto para aprender como para conversar. (*Pérola, 19 anos*).

[...] a gente precisa demais do grupo/ principalmente para conversar. (*Ametista, 18 anos*).

Silva *et al.* (2012) ressaltam a importância do diálogo como parte do tratamento e o significado da comunicação que se cria entre profissionais de saúde e usuárias. É necessário que os profissionais saibam ouvir, sobretudo, porque a usuária quer relatar suas experiências baseadas na sua visão de mundo. Ao permitir

que a usuária manifeste opiniões e sentimentos, o profissional desenvolve uma base comum para estabelecer um vínculo e consolidar a colaboração no que concerne às suas orientações. Esses autores concluíram em seu estudo que o diálogo é a condição primordial para estabelecer o cuidado humanizado, em qualquer nível de assistência.

Neste sentido, os enfermeiros precisam mudar sua atitude como educadores, tendo uma escuta atenta para entender as transformações que a adolescente grávida está experienciando nesse momento, suas angústias, a busca de identidade e sonhos. Machado (2004) expressa em seu estudo que o adolescente de hoje, como de todos os tempos, está farto de conselhos; ele precisa fazer as próprias descobertas e quer compartilhar essas experiências com seus pais, familiares e profissionais de saúde. Completa, ainda, dizendo que o adolescente não aceita, não gosta e não deseja que suas buscas sejam criticadas, qualificadas, classificadas nem confrontadas com as dos pais e dos adultos.

O momento da interação e do diálogo no grupo levou as adolescentes a pensarem também sobre seus sentimentos como **medo** de estar grávida, **tristeza**, **arrepentimento e dificuldade em aceitar a gravidez**, ressaltando a **influência dos pais** em suas vidas e as **repercussões da gravidez na escolaridade das jovens**.

[...] senti tristeza (durante o grupo), pois não estava gostando de estar grávida. Meu relacionamento em casa era muito difícil, eu chorava muito, até no grupo eu chorei duas vezes. (*Pérola, 19 anos*).

No começo da minha gravidez foi difícil, tive muita raiva da gravidez, meus pais eram contra porque não gostavam do pai do meu filho (...) eles (os pais) queriam que eu fosse de um jeito, mas eu era de outro (...) minhas pernas estão inchadas porque eu vou pra aula e vou estudar até o fim, depois quero continuar. (*Apatita, 14 anos*).

[...] estou afastada dos estudos porque sinto muito enjoo, mas pretendo voltar assim que o meu bebê nascer e ficar mais independente [risos]. (*Rubi, 16 anos*).

O tipo de grupo utilizado nesta pesquisa favorece uma aproximação em torno do prazer e do desprazer sobre o que o sujeito pensa e faz. Conforme defende Cabral (1998), tanto o prazer como o desprazer são sensações resultantes de estímulos internos ou externos que, ao atingir os receptores sensoriais, desencadeiam respostas de choro, dor, prazer, desprazer, dentre outras, que tomam parte na natureza humana, não devendo ser ignoradas no ato educativo muito menos no processo de pesquisa.

De acordo com Kassir *et al.* (2006), essa reação negativa à gestação pode contribuir para o retardo do início à assistência pré-natal, que pode levar a uma maior exposição maior dos seus conceitos a riscos evitáveis. Neste estudo, esses sentimentos foram revelados principalmente pelas adolescentes que disseram ser solteiras e morar com familiares. O compartilhamento no grupo, entretanto, traz certo alívio e melhora a autoestima, condição essencial para desencadear os cuidados consigo e o bebê.

Os conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez expressam bem a insatisfação da adolescente quando enfrenta uma gravidez. Esta não se exprime como ato gratificante, e sim como algo que traz desprazer, insegurança, medo e angústia, pois elas, muitas vezes, são excluídas do convívio social e, por isso, se acham mal amadas e inseguras. Além disso, na gravidez, a mulher está vulnerável emocionalmente, portanto, ela necessita do apoio redobrado dos profissionais.

A gravidez indesejada na adolescência é profundamente perturbadora, é um susto existencial, um corte em seus planos de vida e, principalmente, um medo exacerbado da reação dos pais e do companheiro, que é imprevisível (MOREIRA *et al.*, 2008).

O apoio social funciona como moderador dos sentimentos oriundos da gravidez, podendo configurar-se como mais um recurso utilizado pela jovem gestante. Muitas vezes, a família funciona como um importante auxílio em relação às responsabilidades e acúmulo de tarefas que a adolescente terá que assumir, incluindo a renúncia aos estudos. Então, se percebe a importância de que as adolescentes gestantes possam contar com uma consistente rede de apoio social, seja ela vinda da família, da comunidade, escola ou mesmo da instituição hospitalar ou centros de saúde. As jovens que recebem este tipo de apoio podem sentir-se mais bem preparadas para lidar com as dificuldades oriundas da gestação, atingindo, possivelmente, maiores níveis de saúde e bem-estar (MOREIRA e SARRIERA, 2008).

Dez participantes do estudo eram primigestas, mas as outras seis adolescentes experienciavam a recorrência da gravidez na adolescência e revelaram que no grupo de gestante aprenderam a cuidar melhor dos seus filhos, ***compartilhando saberes com as experiências de outras mães:***

Aprendi (no grupo) a cuidar também da filha que já tenho. (*Opala, 17 anos*).

Eu achei bom o grupo, aprendi a seguir as todas as coisas bem direitinho, apesar de ser já meu segundo filho. (*Grenada, 17 anos*).

Nesta perspectiva, o grupo de gestante mostrou influenciar favoravelmente não apenas o pré-natal da adolescente, mas também capacitá-la para melhoria da sua qualidade de vida como mãe e mulher. De acordo com Silva *et al.* (2012), cuidado na atenção pré-natal deve incluir a qualidade da assistência como um todo; a atenção centrada na usuária e o estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, aquisição de autonomia e vivência segura no ciclo gravídico pela adolescente.

Na segunda categoria, **os cuidados de si e do bebê**, as adolescentes relataram ***o grupo como um espaço de descobertas, que ajuda na aprendizagem e na autoconfiança***. As curiosidades e os discursos giraram em torno, principalmente, da ***amamentação e seus cuidados*** com o recém-nascido. Desse modo, as conversas versavam sobre as crenças e tabus que existem em relação ao ato de amamentar, a confiança recebida no grupo mediante a ***troca de experiências com os profissionais e outras mães adolescentes, mas também a insegurança de amamentar por falta de apoio social e familiar***. Aquelas que já são mães contam suas vivências com o ato de amamentar e as outras adolescentes

grávidas compartilham o que foi discutido e apreendido durante as atividades grupais. Suas falas trazem reflexões que ajudam a identificar o papel de “ser mãe”, reportando-se às suas mães biológicas e às crenças próprias da sua cultura. São momentos ricos em trocas de saberes e experiências:

[...] nunca imaginei que tivesse posições de amamentar, sofri muito para amamentar da outra vez, passei 45 dias com o bico do peito ferido (...) minha primeira filha eu só dei de mamar três meses, que era para o meu peito não ficar mole, não cair (...) ela chupou bico e agora não vou mais dar, já aprendi aqui que não é bom [...] agora eu já sei que não é assim, já vou mudar quero dar de mamar até seis meses (...) às vezes eu penso que minha mãe nunca me ensinou nada. (*Ametista, 18 anos*).

[...] no grupo fiquei mais confiante, antes não queria nem saber de amamentar ou segurar o bebê, mas agora que sei que vou seguir bem direitinho as recomendações. (*Apatita, 14 anos*).

[...] eu aprendi que prejudica (dar chupeta ou mamadeira), depois a criança não quer comer, fica “lesadinha” com o bico na boca não quero dar mamadeira, só na colher. Também acho que não vou amamentar, porque eu sou sozinha e não tenho como me alimentar bem, tomar um suco, uma coisa assim, o pai do bebê está sem trabalhar e eu também estou sem trabalhar. (*Cristal, 19 anos*).

A gravidez é uma condição que envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. O modo como as mulheres amamentam recebe influências sociais, familiares, culturais e dos serviços de saúde, resultando em muitos casos no desmame precoce, que é um dos principais fatores de risco para a mortalidade infantil. No estudo de Silva (2008), as primíparas tiveram dificuldades de expressar os sentimentos envolvidos no ato de amamentar, provavelmente pelo fato de não terem passado por essa experiência. As gestantes que haviam tido o exercício sobre amamentação durante o pré-natal ou na maternidade, contudo, puderam expressar melhor seus sentimentos. A abordagem deste tema revelou, para esse autor, a influência dos mitos e crenças por parte da família e sociedade (amigos, vizinhos, parentes), que passam para as gestantes as suas experiências acrescidas de tabus históricos, os quais podem influenciar negativamente na amamentação.

Durante o período pré-natal, é importante que o tema seja abordado em grupos de gestantes, com atividades em salas de espera, campanhas de vacinação ou mesmo na consulta individual de cada profissional. Dessa forma, abordar as vantagens e as dificuldades do aleitamento materno considerando os conhecimentos prévios e as expectativas das gestantes, os seus sentimentos, pode levá-las a se sentirem mais seguras para superar as possíveis adversidades da amamentação (SILVA, 2008).

Em alguns discursos, as adolescentes revelaram *insegurança* para cuidar do futuro bebê, mas mostraram que sentiam estímulo em aprender os cuidados básicos com o filho que vai nascer em relação ao banho, limpeza do coto umbilical, higiene, troca de fraldas e alimentação. Discutir no grupo esses cuidados, ainda que de uma forma fictícia, junto com os profissionais e as outras adolescentes, parece ajudá-las nos *desafios e aprendizagens para cuidar do bebê*:

Achei muito bom, pois vai ser minha primeira filha, ainda não sei de muita coisa de como cuidar, aprendi como banhar ainda vou ter medo de cuidar do umbigo do bebê. (*Esmeralda, 15 anos*).

Aprendi também como amamentar, como dar comida, fazer a higiene do bebê que vou ter. (*Opala, 17 anos*).

Aprendi no grupo a trocar as fraldas aprendi sobre amamentação e cuidados de higiene com o bebê. (*Pérola, 19 anos*).

[...] gostei de ver como banhar, trocar fraldas e cuidar do umbigo foi muito bom no grupo. (*Pirita, 19 anos*).

[...] com o grupo eu fui aprendendo como vou cuidar/ vou ter coragem de banhar, sei como vou cuidar do umbigo (...) eu nunca poderia imaginar que ia aprender a cuidar do meu filho antes dele nascer. (*Rubi, 16 anos*).

Estudo sobre a relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescentes gestantes desenvolvido por Santos, Saunders e Baião (2012) constatou que a orientação profissional frequentemente recomendou a adoção de substituições, reduções e proibições de condutas adotadas pelas gestantes. Essa prática, entretanto, tendeu a desconsiderar os possíveis sentidos de cada atitude socioculturalmente construídos e compartilhados em sua

família. Dessa forma, o acesso a informações científicas não é o suficiente para a mudança de hábitos, cabendo aos profissionais de saúde a utilização de estratégias que considerem o sentido que a intervenção tem para a vida daquela adolescente, com base no conhecimento das adversidades e das situações positivas por ela experienciadas, a fim de livremente envolvê-la com a corresponsabilidade da intervenção.

Ainda de acordo com tal estudo, embora ocorrendo em meio a uma atividade coletiva, durante as ações grupais, a implementação de um diálogo aberto e uma escuta interessada entre profissionais de saúde e gestantes adolescentes favoreceu a efetivação dessa relação como um momento de atenção personalizada, pois permitiu a expressão de emoções referentes ao período gestacional da adolescente, de modo que estas fossem acolhidas e ressignificadas (SANTOS, SAUNDERS e BAIÃO, 2012). Na assistência pré-natal desenvolvida pelo enfermeiro na atenção básica, de acordo com os princípios inovadores do SUS, o profissional deve conhecer o significado da gravidez atribuído pelas próprias adolescentes e os motivos que a levaram a engravidar, dialogando com as gestantes nas consultas individuais e nos grupos educativos (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

Para as adolescentes, o grupo facilitou a ***aprendizagem para os cuidados de si e valorização do pré-natal:***

Gostei quando foi falado sobre alimentação saudável na gravidez. (*Opala, 17 anos*).

[...] foi bom o grupo que falou de alimentação saudável, não como mais enlatados de jeito nenhum, só como alimentos feitos em casa, suco de fruta. (*Ágata, 19 anos*).

[...] gostei de aprender os exercícios físicos que a gestante pode fazer. (*Graciana, 17 anos*).

[...] eu também gostei disso. (*Cristal, 19 anos*).

Meu controle do peso e os esclarecimentos recebidos no grupo tiveram grande parcela no bom resultado da minha gestação até agora. (*Quartzo, 18 anos*).

Nesta perspectiva de proporcionar mudanças de hábitos e costumes, segundo Silva *et al.* (2012), os profissionais de saúde devem sempre se inspirar na retórica do convencimento, na qual a verdadeira arte de cuidar precisa primeiramente conhecer e considerar o ser humano na sua totalidade e no seu contexto. Com este fim, há de buscar entender a essência multiforme da alma em que se quer implantar as convicções e a variedade dos discursos que se adaptam a cada estado da alma. Os profissionais necessitam encontrar a forma de fazer atuar sobre a alma os discursos certos na forma certa. Isto envolve uma orientação contextualizada na realidade da gestante, que considere suas opiniões, levando-a a compreender a importância das considerações dos profissionais, livre de coerção ou prescrições previamente decididas, considerando a importância de sua participação no processo do pré-natal.

A gestante espera que a atenção pré-natal supra suas necessidades de esclarecimentos sobre o processo gestacional e a oriente quanto aos cuidados que lhe assegurem uma gestação saudável e um parto seguro. Espera, ainda, receber o apoio para o enfrenta-

mento dos problemas pessoais e obter a confiança para que não seja influenciada por informações contraditórias, geralmente obtidas em seu círculo de convivência (SANTOS, SAUNDERS e BAIÃO, 2012).

O grupo de gestante aparece como um espaço facilitador no cuidado pré-natal das adolescentes e mostra ***aprendizagem e satisfação em participar da ação grupal:***

[...] achei minha participação no grupo maravilhosa, acho que melhorou tudo sim. (*Ágata, 19 anos*).

[...] depois que participei do grupo fiquei mais interessada no pré-natal, pois antes não estava me sentindo bem de chegar no posto grávida. (*Pérola, 19 anos*).

Minha participação no grupo foi assídua os cuidados comigo aumentaram /participar do grupo muda tudo porque o conhecimento faz a gente ter uma consciência maior sobre nós e o filho que carregamos (...). O grupo foi o que de melhor aconteceu na minha gestação, gostei absolutamente de tudo em todos os encontros que participei. (*Quartzo, 18 anos*).

O grupo de gestante é uma iniciativa maravilhosa, aprendi muito e esclareci várias coisas sobre mim. (*Rubi, 16 anos*).

Outras experiências destacam que uma das competências dos profissionais que atuam na ESF é desenvolver grupo com gestantes para aumentar o vínculo e a integração. Os autores, ao realizarem esta atividade, perceberam que muitos adolescentes manifestam no grupo o desejo de participar e realizar algo com e para a comunidade. Observaram que alguns ganham maior visibilidade dentro dos territórios nos quais vivem e conquistam um espaço de destaque entre os demais em virtude da sua atuação na comunidade. O grupo que trabalha com adolescentes precisa ter como objetivos o desenvolvimento das potencialidades dos adolescentes, fortalecimento dos vínculos com profissionais de saúde, família e comunidade, Educação em Saúde e o desenvolvimento do protagonismo juvenil (CHAVES *et al.*, 2009).

Como defendem Buendgens e Zampieri (2012), durante a assistência pré-natal devem ser ensejados espaços para o diálogo entre os profissionais de saúde e as adolescentes grávidas, compartilhamento de suas dificuldades e medos, conhecimento dos seus direitos e fortalecimento de suas potencialidades para fazer escolhas e repensar antigos projetos e sonhos. Assim, acredita-se que o grupo de gestante é um espaço que completa o pré-natal e traz aprendizados resultantes da prática educativa, a qual deve ser efetivada de forma horizontal e de acordo com as necessidades dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou discussão e reflexão no grupo de gestantes adolescentes, trazendo experiências destas mulheres jovens que vivenciam a gravidez em fase precoce da vida. Afloraram sentimentos de tristeza, medo e insatisfação com a gravidez.

Assim a experiência mostrou que as adolescentes grávidas quando iniciam o pré-natal e se integram a um grupo de gestantes parecem reivindicar melhor atendimento de pré-natal, têm mais diálogo com os profissionais da atenção primária e refletem sobre seus futuros projetos, medos, anseios e dúvidas em relação à gravidez. Portanto, o grupo ajuda a adolescente a pensar mais na gestação, nas mudanças, nas responsabilidades do cuidado de si e do bebê.

No estudo, as curiosidades e descobertas das adolescentes gravitaram ao redor, principalmente, da amamentação e dos cuidados básicos com o recém-nascido. Muitas vezes, durante a consulta mensal de pré-natal, o profissional de saúde não desperta para a necessidade de conversar com a adolescente grávida sobre suas crenças em relação ao ato de amamentar nem quanto aos cuidados que terá com o bebê. Já no grupo, aspectos relacionado a esses assuntos podem ser abordados com maior tempo, considerando os possíveis sentidos de cada atitude socioculturalmente constituídos e compartilhados em sua família.

Observou-se que o encontro grupal mostrou ser uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida, que traz resultados positivos na gestação e nos cuidados à saúde. O encontro grupal promoveu momentos de Educação em Saúde, oportunidades de autoconhecimento, de autoafirmação e de reflexão crítica acerca da vivência materna, reforçando as vantagens desse momento interativo.

Desse modo, desenvolver dinâmicas de grupo com gestantes adolescentes no espaço do pré-natal pareceu favorecer melhor aceitação da gravidez, aproxima profissionais da atenção primária e usuárias, facilita o acesso e o acolhimento dessas jovens, assim como permite que elas possam compartilhar muitas dúvidas, tabus, medos e experiências em um espaço informal e agradável.

Acrescenta-se o fato de que as participantes do estudo reconheceram a importância desta interação grupal para o sucesso do pré-natal como parte do cuidado. Portanto, todos os profissionais da Equipe Saúde da Família precisam estar sensibilizados para acolher as adolescentes em suas necessidades, e durante o pré-natal, favorecer encontros grupais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. 90f. Dissertação (Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2009. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/arisa_almeida.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2012.

BRASIL. **Saúde integral de adolescentes e jovens orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: MS, 2005. 302 p.

. _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.

CABRAL, I. E. O método criativo sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. (organizador) **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.177-203.

CHAVES, F. L.; PAIVA, R. F. L.; DINIZ, A. M.; SOUSA, M. L. T.; CASTRO, M. G.; FREITAS, J. D.; ARAÚJO, E. M. D.; QUEIROZ, A. H.

A. B. Experiências com grupos na estratégia saúde da família: contribuições da psicologia. **SANARE**, Sobral, v.8, n.2, p.83-90, jul./dez. 2009.

DONATO, C. M. R.; MACHADO, D. G.; MARQUES, M. V.; RODRIGUES, L. S. A.; COSTA, L. H. R. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a maternidade **Rev. Enferm. UFPE online** [Internet], v. 6, n. 4, p. 822-830, 2012.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 856-862, out./dez. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/.../censo2010/.../notas_resultados_preliminares_amostra.pdf> Acesso em: 5 jun. 2012.

KASSAR, S. B.; LIMA, M. C.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; BARBIERI, M. A.; GURGEL, R. Q. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, out./dez., 2006.

KING, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KITZINGER, J. Grupos Focais. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.33-43.

MACHADO, M. V. P. A. **Transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 9-29.

MOREIRA M. C.; SARRIERA J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, v.42, n.2, p. 312-20, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Fatores que tornam adolescentes vulneráveis à ocorrência de gestação. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 40-45. 2011.

SANTOS, M. M. A. de S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, mai. 2011.

SILVA, D. D. F.; LIMA, D. L.; ROSITO, D. B.; RIBEIRO, S. M. F.; FIGUEIREDO, M. C. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.

SILVA, R. M.; COSTA, M. S.; MATSUE, R. Y.; SOUSA, G. S.; CATRIB, A. M. F.; VIEIRA, L. J. E. S. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.

SOUZA, A. M. A [organizadora]. **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.

**USO DOMICILIAR DA ÁGUA
COMO DESAFIO PARA O
EMPODERAMENTO DAS
COMUNIDADES NA PREVENÇÃO DA
DENGUE**

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Krysne Kelly de França Oliveira

Elaine Neves Freitas

Edina Silva Costa

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

O debate sobre o tema do empoderamento passou a fazer parte de variados campos científicos como Saúde Coletiva, Sociologia, Economia, Psicologia, Administração e Economia. O termo, já incorporado aos dicionários de língua portuguesa, é equivalente ao vocábulo inglês *empowerment* e passou a ter uma abrangência polissêmica, de forma que permita extrapolar a definição de *give power to* para uma definição mais ampla.

Em algumas discussões, relaciona-se ao processo de conferir a grupos ou a comunidades autonomia e uma melhora gradual e progressiva de suas vidas, seja uma melhora material ou uma melhora na visão crítica da realidade social (GOHN, 2004). Também se relaciona, porém, com o processo de promoção da:

[...] integração dos excluídos, carentes e demandatários de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal etc., em sistemas precários, que não contribuem para organizá-los – porque os atendem individualmente. (GOHN, 2004, p. 23).

Foucault já dizia (1993) que o poder circula por toda a sociedade e está assentado em todos os níveis, em todas as esferas sociais e os dispositivos de poder/saber passam às pessoas a sua relação de “sujeição” ao mesmo. Como o conhecimento passou a ser analisado como algo definidor do poder, alguns estudos na área de saúde coletiva passaram a correlacionar o processo de empoderamento com as estratégias capazes de capacitar os indivíduos e as famílias ante o cuidado de sua saúde individual (SOUZA, 2007; TADDEO *et al.*, 2012).

O empoderamento contudo, também possui a conotação de emergir um processo de ação social nas pessoas, ensejando um pensamento crítico em relação à sua realidade e assim capaz de possibilitar a transformação das relações de poder (ANDRADE, VAITSMAN, 2002).

No contexto da dengue o empoderamento, seja em um sentido individual ou mesmo em um senso comunitário, foi ressaltado por alguns estudos (MOTTA, 2013; CÁCERES-MANRIQUE; VESGA-GÓMEZ; ANGULO-SILVA, 2010; FERREIRA; CASTIEL, 2009) como umas das abordagens para estimular práticas preventivas.

Apesar de ensaios mais recentes (SOMMERFELD & KROEGER, 2012; ARUNACHALAN *et al.*, 2012), somados às reflexões das experiências de controle da dengue, confluem para o estímulo ao controle pautado na intersetorialidade e na participação comunitária para um empoderamento, é necessário ressaltar que mobilização e Educação em Saúde, por si, não são capazes de produzir mudanças e controlar problemas de saúde. Para tanto, é indispensável que o controle da dengue adquira uma visão mais ampla e possa ser atuante nos determinantes ecobiológicos e ecobiosociais que envolvem essa enfermidade (TEIXEIRA, 2008; ARUNACHALAM *et al.*, 2010, TANA *et al.*, 2012). E, assim, os programas de controle devem levar em consideração uma vigilância epidemiológica eficaz, um controle vetorial sustentável e, sobretudo, a promoção de ações de saneamento básico.

Até o ano de 2007, o conceito de saneamento básico era descrito apenas como conjunto de dispositivos relacionados ao abastecimento de água e esgotamento sanitário. Somente após o referido marco, ocorreu a ampliação desse conceito para:

[...] conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de: a) Abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável [...]; b) Esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários [...]; c) Limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas; d) Drenagem e manejo das águas pluviais urbanas [...]. (BRASIL, 2007).

A relação entre abastecimento doméstico de água e presença de vetor também é um fator relevante já ressaltado por alguns autores (CAPRARA *et al.*, 2009; SAN PEDRO *et al.*, 2009), uma vez que tanto o fornecimento irregular de água quanto a ausência de água encanada podem levar a maior presença de criadouros em decorrência da adoção de práticas de estocagem em recipientes que, por sua vez, podem figurar como locais de reprodução do vetor em potencial.

Tem-se que, mesmo com intervenções contínuas por meio dos programas em censo, o ciclo de epidemias se desvela, passa o tempo e a história do cotidiano das pessoas. Portanto, este trabalho teve como objetivo compreender os aspectos desafiadores entre o uso domiciliar da água e o empoderamento das

comunidades na prevenção da dengue. Pretende, com o estudo, formular propostas e estratégias mais saudáveis e mais próximas à realidade dos agentes sociais envolvidos, a fim de um controle vetorial mais sustentável.

METODOLOGIA

O desenho da pesquisa é resultado de um estudo qualitativo com base na etnografia. Traz a realidade de três bairros da cidade de Fortaleza, que se enquadram em um estudo multicêntrico financiado e desenvolvido em parceria com seis países da América Latina, com o apoio da Fundação das Crianças das Nações Unidas, Centro Internacional Desenvolvimento e Pesquisa, Programa de desenvolvimento das Nações Unidas, Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (TDR).

Para a escolha das localidades e, mais precisamente, dos quarteirões que seriam abordados no Município de Fortaleza, realizou-se um novo procedimento que estava de acordo com o projeto “guarda-chuva”. Primeiramente, um técnico da Secretaria da Saúde utilizou o *software* AutoCad map, com processo de definição de um polígono de 200 metros por 200 metros (quadrícula de 200 x 200 m) em um arquivo “shapefile” para realizar o georreferenciamento do Município de Fortaleza, realizando o recorte das quadrículas que ficavam internas aos limites municipais da capital do Ceará.

Após a divisão, estes quadrantes foram numerados e sorteados de forma aleatória, no total de 20 quadrantes. Destes, dez fizeram parte do grupo-controle e dez do grupo de casos tam-

bém sorteados. A coleta de dados foi realizada em nove dos dez quadrantes, pois foi excluído um quadrante, em razão da grande vulnerabilidade induzida pela violência urbana dessa região. A pesquisa localizou-se, portanto, nos bairros Quintino Cunha, Passaré, Pici, José Walter, Centro, Granja Lisboa, Cidade 2000, Messejana, Parreão, Villa Ellery. Para este estudo, entretanto, foram analisadas informações obtidas em três desses bairros: José Walter, Villa Ellery e Quintino Cunha.

Para participar desta pesquisa, foram convidados 20 sujeitos eleitos por conveniência, haja vista que os agentes de controle de endemias, responsáveis pelas áreas em estudo e participantes da pesquisa, conduziam as pesquisadoras às casas cujos moradores eram mais acessíveis e disponíveis no horário das visitas; estas ocorreram nas residências no período da manhã. Também por esse motivo, não houve recusa de nenhum dos moradores entrevistados. Não houve critérios de escolha quanto ao gênero ou idade dos participantes, mas estes deveriam morar nas quadras selecionadas pelo estudo.

A elaboração da pesquisa requereu a coleta dos dados por meio de entrevistas semiestruturadas com uso de gravador, observações participantes registradas em diários de campo e a captação de imagens dos bairros visitados, cujo intuito foi conhecer a realidade social do ambiente, aprofundando a visão para situações referentes à temática da dengue.

Utilizou-se um questionário estruturado para obter dados sociodemográficos, conhecimento sobre a dengue e sua prevenção. A observação do pesquisador foi atributo importante para a detecção dos fatores ambientais dentro e no entorno das residências. Algumas das variáveis ambientais foram observadas, como fonte de abastecimento de água, presença de animais do-

mésticos, higiene, saneamento dentro e ao redor da casa, presença de resíduos sólidos, contendo água da chuva e outros potenciais criadouros do mosquito *Aedes aegypt*, sendo relatados no referido diário de campo.

Após a coleta dos dados as entrevistas foram transcritas e as observações participantes, já registradas em diários de campo, foram analisadas para aprofundar a elaboração crítica dos resultados. As entrevistas foram codificadas, analisadas e interpretadas. Elegeu-se como técnica a Análise de Conteúdo, temática de acordo com os pressupostos de Bardin (2010).

O período dedicado para execução da coleta de dados ocorreu nos anos de 2011 e 2012, obedecendo-se os critérios da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante a aprovação do projeto “guarda-chuva” pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, cujo número de protocolo é: 09553425-3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante análise das informações emergiram os temas que serão na sequência explanados: *a prática do acúmulo doméstico de água: orientações x saberes e práticas; a prática do acúmulo de água como costume e a prática do acúmulo de água como necessidade.*

A PRÁTICA DE ACÚMULO DOMÉSTICO DE ÁGUA: ORIENTAÇÕES X SABERES E PRÁTICAS

É recorrente na fala dos participantes a valorização do agente de controle de endemias (ACE), o respeito à transmissão de informações ou orientações acerca dos cuidados com a dengue:

Orienta bastante, ele disse que não é pra deixar nada acumulando água após a chuva, se ficar, retirar. É muito bom o trabalho dele. (Morador 10).

Outro morador destaca as “obrigações” desses agentes em detrimento do pouco tempo que o residente tem para realizar esses cuidados:

Porque eles têm que entrar aqui pra ensinar a gente, né? Tá olhando, por que a gente não tem tempo de ficar examinado... Sempre o agente tem que tá aqui examinando [...]. (Morador 3).

Observa-se que existe aceitação por parte dos moradores mediante orientações de cuidados dos agentes de controles de endemias (ACE), porém, os relatos também denotam a ação de Educação em Saúde, ocorrendo de maneira verticalizada. O ACE é o detentor do conhecimento, à população é destinado o papel de escutar e obedecer, existindo nas falas um comportamento submisso e, ao mesmo tempo, dependente do morador para com o profissional. O saber da população não é questionado ou verificado, mas é sempre acrescido de mais informação, às vezes, repetidamente.

Reitera-se o fato que, dentre as atribuições do AE, inclui-se orientar a população sobre como evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti* (BRASIL, 2009). É válido considerar, porém, que, apenas levar informações prontas à população, sem partilhar de suas experiências e saberes, não traduz mudanças de comportamento. Para Sales (2008), as práticas educativas dos programas de controle da dengue divergem de um exercício que proporcione ação transformadora.

Tem também o balde. À tarde a água é quente e eu boto e posso tomar banho à tarde [...]. Mas todo dia eu lavo. Num deixo de lavar. Hoje eu lavei o banheiro e lavei o balde. (Morador 5).

A população tem o seu saber, é a dona daquele ambiente, de sua rotina. Respeitar tais questões soa relevante às ações praticadas dentro do domicílio. Os moradores dizem-se responsáveis por armazenar água, veem necessidade nessa ação, porém, essa discussão tem ambiguidades, relatividades e riscos, pois cada caso estudado releva uma situação econômica, social e cultural diferente, o que favorece atitudes e necessidades divergentes para cada morador. Então, um programa que desconsidere esses fatores não conseguirá avançar e produzir efeitos e respostas positivas no controle do dengue, principalmente se voltar sua atenção, sobretudo, na população e menos em ações estruturais.

Estudo realizado em Caxias, no Estado do Maranhão, reforça a prática do acúmulo de água mesmo diante do conhecimento dos populares acerca deste meio como fonte de reprodução e dispersão do mosquito. Larvas e pupas foram encontradas em maior quantidade nas áreas peri e intradomicílio, nas estações seca e chuvosa (SOARES-DA-SILVA, 2012).

[...] os baldes são tudo assim virados, entendeu? Eu não gosto de nada que acumule água, é tanto que eu nem tenho planta. Fiquei com trauma de planta. (Morador 6).

O relato de preocupação e alerta constante da moradora é fruto de sua experiência com a dengue, tendo em vista o adoecimento de um familiar, e demonstra os cuidados para evitar a proliferação do mosquito, porém, mesmo permeada pelo medo e vivência negativa com a doença, as observações realizadas na pesquisa verificaram materiais expostos no quintal acumulando água. Isso conduz às reflexões acerca das dificuldades enfrentadas por profissionais e moradores na promoção de ações contínuas de atenção aos potenciais criadouros e controle do dengue.

Destaca-se em outra pesquisa o fato de que os níveis de infestação dos vetores e a quantidade de criadouros permanecem elevados, mesmo se atestando o nível de conhecimento da população como satisfatório e essa incoerência entre conhecimentos e práticas é explicada pela incorreta compreensão da cadeia de transmissão, ao fato de a população e órgãos de saúde atribuírem maior importância ao caráter curativo do que preventivo da doença e a consideração da dengue como doença benigna e passageira. Acrescenta-se que os cidadãos não se percebem como responsáveis, principalmente pelos cuidados com o próprio domicílio (CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004; FREITAS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2011).

Estudo de Rangel (2008) debate vários modelos adotados nos programas de controle da dengue, como o modelo educação e comunicação, explicativo, de prevenção e participação. Esse último, objeto de interesse em destaque, é visto pela autora como longe de uma real participação comunitária, revelando, dentre

outros fatores, que a imagem de perigo está atrelada ao ambiente externo e a grupos específicos, ideia muito divulgada pelos problemas ressaltados na mídia, deixando de haver uma preocupação com o cotidiano.

Reconhecendo os diversos eventos que permeiam o controle do dengue, pretende-se continuar a discussão sob outro aspecto. Para isso, destaca-se a seguir o costume na prática do acúmulo de água.

A PRÁTICA DO ACÚMULO DE ÁGUA COMO NECESSIDADE

Na perspectiva da demanda por água para o consumo humano, percebe-se que, ao longo dos anos, ocorre aumento crescente no Brasil impulsionado por alguns fatores como a evolução acelerada da população principalmente em zonas urbanas, o incremento da industrialização que aumenta a demanda por água e também o crescente volume de perdas de água em muitos sistemas de abastecimento, em decorrência da obsolescência de redes e de baixos investimentos (HELLER, PÁDUA, 2006).

A pesquisa propiciou ver detalhes de uma época remota que ainda se mantém. A necessidade de conservar o hábito de acúmulo de água, embora pareça distante, ainda é vista nos dias atuais em determinadas regiões, mesmo diante de um abastecimento de água eficiente, na maioria das vezes, principalmente na Capital. Nas observações, detectamos uso de bombas, cuja água é proveniente de poços e armazenada em potes, baldes ou bacias.

A água da CAGECE é um absurdo, eu tô usando da cacimba. (Morador 7).

Este discurso revela a experiência vivenciada em uma residência cujas condições econômicas se revelam no impasse entre possuir água encanada e a manutenção dos custos de seu uso. A impossibilidade de pagar à fornecedora de água da região produz em uma moradora a ação de armazenar água em baldes.

O relato que seguirá é parte do diário de campo de uma das pesquisadoras do estudo e será utilizado de forma direta, visando aproximar observação realizada e leitor, favorecendo a compreensão real do que foi visto. Tratará da relação evidente entre situação econômica desfavorável e uso de depósitos, contribuindo para a proliferação do mosquito transmissor da dengue. Acrescenta-se a isso o uso de água inadequada ao consumo:

A casa é bem simples, com poucos cômodos, dois quartos e dois banheiros. A moradora relata que não possui água encanada e que está inadimplente com a CAGECE, por isso, armazena água em baldes. Não tem filtro, mas tem uma cacimba, sem motor, da qual retira água para beber (a água é coada e consumida em seguida) e para as demais utilidades. Também não tem caixa d'água. Idealiza colocar um motor para não precisar mais da água da rede de abastecimento local, pois considera os encargos financeiros cobrados muito altos.

A ideia ora ressaltada corrobora outros estudos quanto à prática de estocagem de água em detrimento da precária oferta do serviço de distribuição de água, concordando acerca da relação entre incidência de dengue e cobertura da rede de abastecimento.

Atrelam-se a esse fator a escassez de recursos financeiros da família e uma população de menor renda (SAN PEDRO *et. al.*, 2009; SOARES-DA-SILVA, 2012; SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

O assunto é tema já estudado na Capital. Tem-se que o abastecimento de água privilegia 80% da população de Fortaleza, mas alguns enfrentam problemas de fornecimento, seja pela ausência de encanamento, falta de serviços públicos na habitação ou porque nem todas as famílias têm condições de pagar (CAPRARA *et. al.*, 2009).

Percebe-se nos relatos de moradores tudo o que se desvelou até o momento.

As pessoas precisam estocar água por problemas de abastecimento [...] (Morador 12).

É parte do conhecimento dos participantes da pesquisa a relação entre abastecimento irregular de água e oferta de ambientes proliferadores da dengue:

Se o abastecimento fosse regular, não haveria tanta oferta para o mosquito. (Morador 16).

Cabe considerar o fato de ser consenso de alguns autores a contribuição para manutenção de populações do mosquito *Aedes aegypt* quando há prática de estocagem de água em reservatórios para o consumo humano, sendo uma “situação de risco” para a transmissão da dengue (FORATTINI e BRITO, 2003).

A necessidade da conservação da água nestes recipientes sobressai o conhecimento, deixando esta atitude em segundo plano. Percebe-se que há a conscientização por parte do morador, todavia ele reconhece sua debilidade ante a situação em acumular água em reservatórios:

[...] Essa falta d'água faz com que a gente fique guardando a água. Porque a água não sobe. Eu sei que tem que tampar, mas como eu sempre fico usando, às vezes a gente se esquece, né! Um amigo meu teve dengue. (Morador 16).

Observa-se neste caso que uma das maiores meios a se utiliza para a mudança desta realidade é a regularização de água e adequação das casas para recebê-la, nos locais onde a falha ainda ocorre. A Educação em Saúde contribui, atuando para reduzir os criadouros de *Aedes aegypti*, de forma que as informações sobre os cuidados e maneiras sanitárias de prevenir e combater a dengue sejam repassadas por meio da comunicação entre o agente de endemias e o morador (OLIVEIRA e DOUHI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar que o passar dos anos, as experiências dos ACS, dia a dia junto à população, os saberes dessa, assim como suas tentativas de cuidados com os criadouros e o ambiente, nada foi suficiente para resolver a problemática da dengue nos dias atuais. As análises permitiram detectar problemas que vão além das ações de “virar” depósitos com água, pois, empoderar a população requer ações diferenciadas das que ocorrem atualmen-

te, quando o conhecimento é transmitido verticalmente e embasada numa culpabilidade, deixando de assumir completamente as responsabilidades por problemas majoritários como as condições socioeconômicas da população geral.

Em razão desses achados, parece necessário investir na almejada intersetorialidade, educação, mobilização e participação social, em busca de um controle vetorial sustentável com suporte numa reestruturação do saneamento básico e articulando-se ao empoderamento comunitário que transcenderá o papel individual, para atender ao interesse coletivo e, por fim, impulsionar a implantação de ações efetivas no combate à dengue.

As ações precisam ser repensadas, as abordagens reavaliadas, a comunicação e informação reestruturadas. Esse estudo traz essa observação, mas não se limita a isso, é passível de mais análise, porque não finda a pesquisa quando se pretende abordar práticas e costumes, ações e captações, saúde e doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. B. R., VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4 2002.

ARUNACHALAM, N. *et al.* Community-based control of *Aedes aegypti* by adoption of ecohealth methods in Chennai City, India. **Pathogens Global Health**, v. 106, n. 8, p. 488-96, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 11.445**, de 5 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/dengue/livroDiretrizes.pdf>. Acesso em: 20/01/2013.

CÁCERES-MANRIQUE, F. M., VESGA-GÓMEZ, C., & ANGULO-SILVA, M. L. Empoderamiento para la prevención y control del Dengue. **Revista de Salud Pública**, v. 12, n. 5, 798-806, 2010.

CAPRARA, A. *et al.* Irregular water supply, household usage and dengue: a bio-social study in the Brazilian Northeast. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, Jan. 2009.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009.

FORATTINI, O. P. e BRITO, M. Reservatórios domiciliares de água e controle do *Aedes aegypti*. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 676-677, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004.

HELLER, L.; PÁDUA, V. L. **Abastecimento de água para o consumo humano**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 859p.

MOTTA, C. M. V. **Onde a água não chega**: Desafios e caminhos da inserção da ecosaúde na prevenção da dengue. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará, 2013.

OLIVEIRA, Edmar da Silva; DOUHI, Nelson. Levantamento epidemiológico dos casos de dengue no município de Assis Chateaubriand, Paraná, e sistemas de prevenção e controle. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 10, n. 32, abr/jun, p. 19-27, 2012.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C.. ETNOGRAFIA: SABERES E PRÁTICAS. In: PINTO, Céli Regina Jardim; GUAZZAELLI, César Augusto Barcellos. **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SAN PEDRO, Alexandre *et al.* Condições particulares de produção e reprodução da dengue em nível local: estudo de Itaipu, Região Oceânica de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1937-1946, set 2009.

SANTOS, Solange Laurentino dos; CABRAL, Ana Catarina dos Santos Pereira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.16, suppl.1, p. 1319-1330 Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, Andréia Aparecida da *et al.* Fatores sociais e ambientais que podem ter contribuído para a proliferação da dengue em Umuarama, estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 81-85, 2003.

SOARES-DA-SILVA, Joelma *et al.* Variation in *Aedes aegypti* (Linnaeus) (Diptera, Culicidae) infestation in artificial containers in Caxias, state of Maranhão, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 45, n. 2, p. 174-179, Apr. 2012.

SOMMERFELD, J.; KROEGER, A. Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. **Pathogens and Global Health**, V. 106, n. 8, p. 428-435, 2012.

SOUSA, J. C. Do peixe ao prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. **Rev. Portuguesa Clínica Geral**, 2007.

TADDEO, P. S., GOMES, K. W.L., CAPRARA, A., GOMES, A. M. A. OLIVEIRA, G. C., MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 2923-2930, 2012.

TANA, S.; ABEYEWICKREME, N.; ARUNACHALAM, F. *et al.* Eco-Bio-Social Research on Dengue in Asia: General Principles and a Case Study from Indonesia. In: CHARRON, D. **Eco Health Research in Practice**. Canadá: Springer, p.173-186, 2012.

TAUIL, Pedro Luiz. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, jun. 2002.

TEIXEIRA, M. G. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. **Interface**, v. 12, n. 25, p. 442-444, 2008.

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE DO TRABALHADOR: A FISIOTERAPIA EM FOCO

Erika de Vasconcelos Barbalho

Niágara Vieira Soares Cunha

Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira

Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

Historicamente, o trabalho significou a convivência coletiva entre os seres humanos e a cada momento histórico assumiu novas características que condicionaram as relações sociais de cada época. O trabalho, portanto, se materializa por meio de seu processo que engloba as condições objetivas (os instrumentos e materiais utilizados) e as condições subjetivas, que dizem respeito às aspirações, desejos e possibilidades exercidas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida (AGUIAR, 2012).

A Revolução Industrial, e com o advento das máquinas, permitiu a passagem da sociedade agrária para a industrial, propiciando o surgimento de duas classes antagônicas, a burguesia e o proletariado. Também provocou mudanças políticas e sociais que afetaram profundamente as relações produtivas (ALMEIDA, 2008).

Com o passar dos anos, se mostram, então, os diversos modelos de organização do trabalho, destacando-se, na sociedade capitalista, o taylorismo e o fordismo, que se caracterizavam pela produção em grande escala de produtos padronizados e se consolidaram até a década de 70 do século imediatamente passado. Também pode mencionar os modelos flexíveis italiano, japonês, sueco, também chamado de toyotismo, gestado de 1950 a 1970, que de caracteriza pela produção em pequenos lotes de produtos, com maior flexibilidade e rapidez, um processo que ficou conhecido como acumulação flexível (NOZAKI, 2004).

Assim, em virtude da reestruturação produtiva, os diversos setores criam medidas para a efetivação do modelo toyotista de acumulação e, com a crise econômica como coadjuvante, os

planos de austeridade surgem com grande expressão. Dessa forma, os trabalhadores trabalham em um ritmo acelerado para aumentar a produção, somando-se aos cortes para controlar a crise (ANTUNES, 2009).

Isso reflete direto no trabalhador, pois, segundo Navarro (2003), o marco do padrão de acumulação é a intensificação da exploração da força de trabalho, pois essa pode se processar por meio da adoção de novas tecnologias, ou mesmo a utilização de novas formas de organização da produção e trabalho.

A implicação destas novas formas de organização no trabalhador se exprime em contratos precários, na subcontratação, no trabalho em domicílio, no aumento desmedido da jornada de trabalho, o trabalho temporário sem garantias de direitos trabalhistas, entre outros (NAVARRO, 2003).

Verifica-se, com efeito, que esses fatores citados há pouco têm consequência direta para a saúde dos trabalhadores, provocando intenso desgaste físico e psicológico, sobrecarga laboral, como também o medo e estresse mediante a ameaça da perda do emprego. O fato resume a perversidade ao utilizar o termo flexível para legitimar péssimas condições de trabalho que visam apenas a atender às necessidades do capital, causando o processo de adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores.

Então, considera-se fundamental discutir a saúde do trabalhador, que muitas vezes é vista sob a óptica assistencialista, localizada, ou seja, de forma restrita na esfera biológica, mas que, antes de tudo, é social. Para se discutir saúde no trabalho é necessário verificar, entretanto, em primeiro lugar, a exploração sobre os trabalhadores, a busca pelo lucro das empresas, a extração da mais-valia e as implicações do mundo do trabalho sobre a saúde do trabalhador (AGUIAR, 2012).

Em razão dos impactos das transformações no mundo do trabalho e de sua repercussão na saúde dos trabalhadores, é relevante verificar como a fisioterapia é abordada neste contexto no campo da saúde preventiva e reabilitadora.

De efeito, é significativo ressaltar que o tema saúde do trabalhador é destaque na atualidade. Assim, faz-se necessário verificar no campo da Fisioterapia como se efetivam as discussões acerca da saúde do trabalhador.

Feitas essas considerações iniciais, a título de problematização do objeto de estudo, vale destacar a questão que norteou a pesquisa: qual o foco ou abordagem das discussões da saúde do trabalhador no campo de atuação da Fisioterapia?

Assim, o atual panorama de exploração da classe trabalhadora, e, por conseguinte, a produção de homens e mulheres “doentes” para manter um processo de produção, sugere a realização de um trabalho cujo objetivo é verificar as implicações do mundo do trabalho na saúde do trabalhador, vislumbrando na atualidade como a Fisioterapia é abordada neste terreno.

Destarte, se torna como escolha o método do materialismo histórico-dialético, o qual se efetiva no processo de revelar os nexos que apontam á síntese do presente. Essa tarefa é primordial para todo aquele que anseia por atuar conscientemente sobre o real com o intuito de transformá-lo, fazendo-se manifesto em todos os espaços da vida social - atuação esta que deve ser guiada por um método que se proponha a desnudar o real em sua essência (KONDER, 1997).

Privilegia-se como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica. Nesta, pretende-se revisar os dados e estudos escritos em livros e artigos de revistas especializadas. Para tanto, esta fase do estudo foi norteada pelo que Chagas (2008) descreve

no método materialista histórico e dialético como o momento da investigação – o primeiro momento corresponde a uma apropriação analítica e reflexiva do objeto. O segundo instante do método desenvolvido por Marx e descrito por Chagas (2008), e corresponde ao momento da exposição crítica e objetiva.

O período de realização da pesquisa foi de julho a dezembro de 2012. Inicialmente, partiu-se de uma busca eletrônica nas fontes de dados, com delimitação do período de 2007 a 2012. Buscou-se subsídio nos sítios do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Anuário Estatístico da Previdência Social, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Instituto Latino Americano de Estudos Socioeconômicos (ILAESE) e na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Posteriormente, as fontes de base foram LILACS, BIREME, MEDLINE, e Biblioteca digital da UNICAMP, com a utilização dos seguintes descritores: Ergonomia e Fisioterapia, Saúde do Trabalhador e Fisioterapia, Saúde do Trabalhador e Ergonomia. Ao final da busca, restou coletado o total de 15 trabalhos científicos, artigos, teses e dissertações.

MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO MUNDO DO TRABALHO

Os agravos à saúde dos trabalhadores não são problemas particulares, individualizados, vividos de forma singular, mas são problemas sociais ocasionados pela organização e as relações sociais de trabalho mais gerais, mediado por várias partes que compõem a totalidade do mundo do trabalho (MARX e ENGELS, 2007).

Antunes (2009) exprime a ideia de que, com o advento da Revolução Industrial ocorrida, principalmente, na Inglaterra, o trabalhador foi submetido a precárias condições de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso. Com origem nesse advento, os processos produtivos foram alterados, social e economicamente, em uma dinâmica de reestruturação produtiva para responder às necessidades do capital.

Com efeito, Frederick Winslow Taylor idealizou no sistema taylorista de produção, o aumento da produtividade por meio da execução de tarefas fragmentadas e individualizadas (LOURENÇO, 2008). Já Henry Ford incorporou alguns aspectos do taylorismo a sua teoria fordista, incorporando inovações técnicas que pudessem facilitar o aumento da produção pelo sistema de linha de montagem, com uma organização vertical, rígida e hierarquizada, a qual se utiliza de um exército de operários semiqualficados para a produção em massa (ANTUNES, 2009).

Como resposta, porém, a diversas crises geradas pelo próprio sistema de metabolismo social do capital, iniciou-se uma reorganização do capital, cujos traços mais evidentes foram o advento do neoliberalismo com formas produtivas flexibilizadas, tendo a acumulação flexível e o modelo japonês ou toyotismo como exemplos. No Brasil, as empresas incorporaram esse modelo com início nos anos de 1990, quando “novas formas de gestão de trabalho, flexibilização, terceirização, entre outras práticas, têm sido experimentadas” (RAMALHO e SANTANA, 2004, p. 35).

Destarte, a reestruturação produtiva alterou também a vida do trabalhador, com as condições sanitárias ruins, trabalho excessivo e baixos salários. Sabe-se que, com o decorrer dos anos, os trabalhadores, em lutas sociais, conseguiram conquistar di-

reitos históricos, como férias, seguro-desemprego, 13º salário, aposentadoria, entre outros, mas não lograram sanar com a mesma proporção as doenças e acidentes produzidos no ambiente de trabalho.

Ainda milhões de trabalhadores, contudo, sofrem de males relacionados ao trabalho e isso ocorre em razão ambiente no qual o trabalhador está inserido, podendo estar exposto a produtos químicos, a repetições de movimentos, a riscos físicos, a pressões por alcance de metas, aumento na produtividade, entre outros (NAVARRO, 2003).

Este estudo ainda indica as enfermidades que mais acometem o trabalhador – como, os transtornos mentais (depressão, ansiedade, síndrome do pânico), os distúrbios osteomusculares (lesão por esforço repetitivo – LER e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT), dores crônicas e os problemas circulatórios.

O último Anuário Estatístico da Previdência Social publicado em 2010, contém o número de acidentes de trabalho³ registrados de 1996 a 2009 no Brasil, sendo que, em 2009, foram registrados 528.279 acidentes, perdendo apenas para os dados de 2008, em registro de 551.023 acidentes (BRASIL, 2009B).

Sendo assim, se pode também destacar os dados publicados pelo INSS, qual revelando que, em 2009, ocorreu cerca de uma morte a cada 3,5 horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e, ainda cerca de 83 acidentes e doenças do trabalho reconhecidos a cada uma hora na jornada (BRASIL, 2009A).

3 Segundo a CLT art. 19 da Lei 8.213/1991 “é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”. (CLT, 1991).

O ILAESE (2011, p. 01) aponta um crescimento de 112% dos acidentes de trabalho de 2001 a 2009, verdadeira explosão do número de acidentes por trabalhador empregado, registrando, no Brasil, em 2009, um número de “720 mil acidentes de trabalho, responsáveis pela morte de cerca de 2.500 trabalhadores, uma média de sete por dia, e que deixaram, mas de 13 mil permanentemente incapacitados”.

A realidade, contudo, pode ser ainda mais cruel, pois ao se considerar que os trabalhadores vivendo na informalidade não são cobertos com essa estatística, os dados não representam a totalidade do problema no País.

Ainda se mencionam as subnotificações de doenças e/ou acidentes gestados no trabalho, ou seja, o número de acidentes e/ou doenças dos trabalhadores que não chegam a Comunicação de Acidente de Trabalho⁴ (CAT) junto ao INSS.

Os trabalhadores sofrem, então, um processo de adoecimento intenso para manter a produtividade e os lucros excessivos para pequenos grupos, chegando ao final da produção com produtos que a maioria dos trabalhadores dificilmente terá a oportunidade de um dia possuir. Ainda que não seja apenas para o consumismo, mas principalmente para garantir as necessidades essenciais do ser humano.

4 “A CAT é um formulário próprio, oficial, que pode ser adquirido em papelaria ou impresso no site da Previdência Social. Deve ser preenchida pela empresa em 6 vias, sendo a 1º via para o INSS, a 2º via para a empresa, a 3º via para o trabalhador ou seu dependente, a 4º via para o sindicato da categoria do trabalhador, a 5º via para o SUS e a 6º via para a Superintendência Regional do Trabalho antiga DRT”. (RIBEIRO, p. 135, 2012).

FISIOTERAPIA PREVENTIVA E REABILITADORA

Rebelatto e Batomé (1999) receberam em seus textos como era exercida nos tempos da Antiguidade a área que hoje se entende como Fisioterapia e demonstram em seus estudos que neste período a atuação central era a atenção curativa e reabilitadora, não havendo nenhuma preocupação com a atenção preventiva. Já na Idade Média, os estudos e atividade física curativa foram interrompidos, em razão de o corpo ser depreciado e as atividades físicas serem vistas apenas como forma de preparação para guerras.

Foi no período de Renascimento, mediante a valorização da beleza, recobrada pelo movimento artístico e literário, que surgiu a preocupação que vai além da cura e da reabilitação. Nesse período, este fator foi determinante na constituição de uma preocupação preventiva (REBELATTO e BATOMÉ, 1999).

Na tese desses autores, com a Revolução Industrial e a necessidade de combate às novas doenças e epidemias, valorizou-se o estudo científico na área médica e, em razão do momento de grande exploração do trabalho, a concepção de cuidado com o corpo surgida no Renascimento passava a ser novamente uma atenção curativa e reabilitadora, pois bastava tratar os operários quando esses adoecessem.

Boa parte deste período histórico se caracterizou pelo atendimento e recursos voltados para a pessoa doente, os aspectos pautados foram em geral sobre conhecimentos biológicos. Gallo (2005) faz referência ao fato de que, no Brasil, foi com a chegada da Família Real portuguesa e a criação das escolas médicas que se iniciou a história da Fisioterapia, antes mesmo de instituída a profissão.

No Brasil, os altos índices de acidentes de trabalho contribuíam para fortalecer a concepção de uma fisioterapia reabilitadora, já que os trabalhadores necessitavam do tratamento para retornarem o mais breve para o mercado de trabalho (REBELATO e BATOMÉ, 1999).

Então, como já demonstrado neste estudo, a Fisioterapia, historicamente veio desenvolvendo suas ações para a atenção secundária e terciária. Assim, para atender às novas concepções de saúde, saindo do plano individual para o coletivo, fazem-se necessárias mudanças na formação, adaptando-se à nova realidade de atenção à saúde (FONSECA *et al.*, 2007).

Com amparo nas definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde, foi estabelecido o direito de todos terem acesso a todas as ações de saúde em todos os níveis, bem como a responsabilidade do Estado em garantir esse direito. Dessa forma, a Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 2003). De acordo com Moraes *et al.* (2001), a ênfase concedida à política nacional de saúde pública e a preconização dos objetivos do SUS, então é desenvolvido o Programa de Saúde da Família (PSF).

Também não se pode deixar de citar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na atenção básica da Saúde da Família (BRASIL, 2009C).

Por fim, pode-se perceber que, com o passar dos anos, as atividades na área da saúde ganharam novo molde, a atenção primária que “representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população”. (BRASIL, 2009c, p. 07).

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Em todos os textos, os autores buscam discutir a saúde do trabalhador, enfatizando algum eixo desta temática. Alguns conferem a ênfase nas discussões em um contexto de abordagem terapêutica e outros na abordagem preventiva, sendo estas as categorias expressas nesta seção.

Destarte, os estudos que focalizaram uma abordagem meramente terapêutica das doenças ocupacionais foram: Mendes (2008), Pessoa *et al.* (2010), Vieira *et al.* (2005), Augusto *et al.* (2008), Caetano *et al.* (2010), Mendes *et al.* (1998), Takahashi *et al.* (2010), Lima *et al.* (2010) e Sampaio *et al.* (2005).

Estes explanaram em seus escritos conteúdos relacionados a LER/DORT, anatomia, fisiopatologia das lesões, diagnóstico cinesiológico funcional, tratamento cinesioterapêutico, o efeito da dor, entre outros. Pode-se notar que, dos 15 trabalhos analisados, nove apontara em seus discursos uma abordagem terapêutica, ou seja, a ênfase nos métodos e técnicas para utilização no tratamento das doenças ocupacionais.

Nessa categoria, observamos a predominância de uma atuação centrada em intervenções individuais, ações baseadas na prevenção secundária e terciária, abordando o paciente portador de LER/DORT em seus aspectos clínicos e individuais, não levando em conta a complexidade que envolve a saúde ocupacional.

A fisioterapia tem em seu histórico um percurso de atenção reabilitadora, e sabe-se que, com o passar dos anos, surgiu a necessidade de um foco preventivo. Precisa-se, então, fortalecer uma prática em que a pessoa seja o foco, não apenas no fator biológico, mas, sobretudo, considerando-a em meio a um contexto social permeado por um sistema produtivo que leva o trabalhador a um processo de adoecimento (AGUIAR, 2012).

Com isso, o fisioterapeuta precisa buscar compreender os aspectos e as condições que conduziu o trabalhador a entrar nas estatísticas que se referem às doenças ocupacionais, considerando o trabalho e a precarização imposta ao trabalhador.

A compreensão deste processo deve fazer parte do cotidiano de todo profissional da saúde que busca não apenas tratar questões imediatas, mas também presumir o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não somente ausência de afecções e enfermidades (OMS, 1947). Segundo Caponi (1997), é direito inalienável do ser humano a busca incessante do máximo de bem-estar e de saúde plena, pois, ainda que pareça utópico o conceito de saúde, este é um direito.

A outra categoria refere-se às discussões da Fisioterapia no âmbito científico à saúde do trabalhador com enfoque preventivo. Dos 15 trabalhos selecionados, seis abordavam as questões inerentes à saúde do trabalhador de forma preventiva.

É consolidado o fato de que, na atualidade, os estudos e as discussões acerca da atuação primária da Fisioterapia só ganham ainda mais proporção. Nota-se, contudo, que, no plano da saúde pública, nos programas de Saúde da Família, a atuação preventiva anfre mais força e abrangência em conteúdo e atuação.

Há que se compreender porém, que a atuação do fisioterapeuta nos locais de trabalho ainda se restringe às indústrias de âmbito privado. Com isso, o conteúdo trabalhado é de uma abordagem preventiva, no entanto, percebe-se um novo elemento, o foco direcionado para a empresa e não para o trabalhador. Dessa forma, destacam-se os estudos utilizados para esta análise: Nunes e Mejia (2012), Wiczick *et al.* (2006), Ikari (2009), Baú (2005), Ferreira *et al.* (2009), Talani e Moreira (2008).

Os discursos contidos nestes estudos, em sua maioria, seguem uma concepção preventiva voltada para a melhoria da saúde do trabalhador, mas com a primazia de manter a produção capitalista e o foco na competitividade e produtividade das empresas como podemos observar no excerto seguinte:

O fisioterapeuta pode mostrar às empresas que, ao fornecer condições de conforto e segurança aos empregados, obtêm-se de forma associada um aumento da produtividade e melhora da qualidade, favorecendo a diminuição dos custos de produção. (FERREIRA, 2009, p. 02).

Conforme sugere Nunes (2012, p. 01), a atuação da Fisioterapia na saúde do trabalhador tem como objetivo garantir “lucros através da redução de índices”. Fato, para Coelho (2010, p. 01), é uma forma de esclarecer “o custo acessível de um profissio-

nal fisioterapeuta que contribuirá de maneira positiva a imagem social da empresa”. Estes discursos seguem a lógica determinada pelo contexto de produção do sistema capitalista, que tem como objetivo central o acúmulo de riquezas por uma minoria em detrimento da grande massa de trabalhadores que dá sustentação ao sistema, pois não importam as formas para efetivação deste objetivo, mas o resultado final, o lucro.

Também, podemos aqui destacar uma abordagem preventiva, mas, com transferência de responsabilidade para o trabalhador, pois, segundo Baú (2005, p. 46), “o trabalhador também deve ser estimulado a assumir a responsabilidade por suas escolhas de vida, o que o fará co-responsável pelas condições de trabalho”.

Com base neste argumento, adoecimento nada teria de referência com o processo produtivo, com as condições estruturais do trabalho, com a carga horária excessiva, com as pressões por metas, entre outros. O trabalhador deverá, assim, buscar meios para garantir a sua saúde, bastando à empresa a oferta de palestras educativas ou orientação postural, não cedendo às melhorias das condições de trabalho muitas vezes solicitadas por via das lutas cotidianas da classe trabalhadora.

Por fim, é interessante explanar o fato de que a Promoção da Saúde está além de atos reabilitadores ou até mesmo preventivos, pois, de acordo com Carvalho (2006), a promoção da saúde se traduz nos meios de organização social da produção e no contexto histórico de uma sociedade que necessita da formulação e implementação de uma política voltada para a melhoria das condições de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se na pesquisa, mediante os artigos analisados, que a maioria dos discursos ainda se pauta em uma intervenção reabilitadora, tornando-se de fundamental importância a publicação de achados científicos que contribuam com a clínica dos trabalhadores doentes dos nos ambulatorios, com enfoque na superação da óptica unívoca de tratar o trabalhador em uma dimensão apenas biológica.

Outro ponto observado foram os discursos preventivos, mas sob a égide dos interesses da patronal, ou seja, é importante prevenir lesões no trabalho porque, assim, a empresa poderá aumentar seus lucros e, sem dúvida, diminuir custos com questões que envolvem o amparo trabalhista. Isso se dá pelo o fato de o fisioterapeuta, nas empresas privadas, serem apenas mais um trabalhador a serviço do aumento da lucratividade de uma minoria.

Deve-se, portanto, buscar a consolidação do trabalho do fisioterapeuta no âmbito da saúde do trabalhador na saúde pública, pois esta é responsável pela garantia da saúde da classe trabalhadora. Todavia, os serviços de saúde pública precisam buscar não apenas o tratamento das patologias do trabalho, mas, sobretudo, reconhecer que, com o novo modelo de saúde, não é possível pensar somente na doença, no diagnóstico e no tratamento, mas, sobretudo, no doente, e que as atividades laborais implicam as doenças ocupacionais, e cabendo ao profissional de saúde uma resignificação no olhar para essa nova realidade.

Essa prática procura implementar políticas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde, da Estratégia de Saúde da Família e, por último, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que são políticas constituídas para atender as necessidades de saúde da população. A área da Saúde do Trabalhador e a atuação da Fisioterapia ainda se encontram incipientes nas políticas públicas citadas.

Por fim, pôde-se compreender os agravos à saúde dos trabalhadores como um problema de saúde pública e, como tal, não restrito à intervenção de algumas profissões de modo que, é necessária a ação interdisciplinar, como também se impõe a intersectorialidade dos órgãos de ações correlatas tradicionais, como Ministério Público, INSS, entre outros. Deve-se compreender a importância de mais dois setores: as universidades e os sindicatos, visto que esses podem dar visibilidade social à problemática e propor mudanças qualitativas, bem como, especialmente, no caso dos sindicatos, garantir, pela organização dos trabalhadores, que as mudanças realmente aconteçam.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Transformações no Processo e Organização do Trabalho e Algumas Implicações para a Saúde do Trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. (org.) **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed., São Paulo, Martinari 2012.

ALMEIDA, E. Está se Abrindo uma Nova Onda Longa Recessiva. **Revista Marxismo Vivo**. Ed. Instituto José Luís e Rosa Sundermann. Nº 19, Ano: 2008.

ANTUNES, R. L. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE PROTEÇÃO 2011. **Estatísticas de Acidentes Brasil**. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2011/estatisticas_de_acidentes_brasil/JyjbAA>. Acesso em: 30.08.12

AUGUSTO, V. G.; SAMPAIO, R. F.; TIRADO, M. G. A.; MANCINI, M. C.; PARREIRA, V. F. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 12, n. 1, p. 49-58, jan/fev, 2008.

BAÚ, L. M. S. **Intervenção ergonômica e fisioterápica como fator de redução de queixas musculoesqueléticas em bancários**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado, 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**, 2009A. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=974>>. Acesso em: 30.08.12.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário dos trabalhadores**, 2009B. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/dados_estatisticos/anuario-dos-trabalhadores.htm>. Acesso em: 30.08.12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Diretrizes do NASF**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 27. Brasília-DF, 2009C. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 05.12.12.

CAETANO, V. C.; CRUZ, D. T.; LEITE, I. C. G. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. **Revista Fisioterapia e Movimento**. Curitiba, v. 23, n. 3, p. 451-460, jul/set, 2010.

CAPONI, S. **A propósito do conceito de saúde**. Florianópolis: UFSC, 1997.

CARDOZO, M. J. P. B. A Produção Flexível e a Formação do Trabalhador: o modelo da competência e o discurso da empregabilidade. In: SOUSA, A. A.; ARRAES NETO, E. A.; FELIZARDO, J. M.; CARDOZO, M. J. P.; BEZERRA, T. S. A. M.; (Org.) **Trabalho, Capital Mundial e Formação dos Trabalhadores**. Fortaleza: Editora SENAC Ceará – Edições UFC, p. 163 a 182, 2008.

CARVALHO, Y. M. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, maio, 2006.

CHAGAS, E. F. O Método Dialético de Marx. In: JIMENEZ, S.; OLIVEIRA, J. L.; SANTOS D. (org.) **Marxismo, Educação e Luta de Classes: Teses e Conferências do II Encontro Regional Trabalho, Educação e Formação Humana**. Fortaleza, CE: EdUECE/IMO/SINTSEF, 2008.

COELHO, G. K. Fisioterapia do Trabalho: **agente modificador na saúde do trabalhador**, 2010. Disponível em: <http://www.credito6.org.br/novo/images/stories/pdf/fisioterapia_do_trabalho_resumida.pdf>. Acesso em: 05/11/2012.

COGGIOLA, O. **Universidade e Ciência na Crise Global**. São Paulo: Xamã, 2001.

FERREIRA, V. M. V.; SHIMANO, S. G. N.; FONSECA, M. C. R. Fisioterapia na avaliação e prevenção de riscos ergonômicos em trabalhadores de um setor financeiro. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 239-245, jul/set, 2009.

FONSECA, F. DE B.; MAYER, M.; PETRI, F. C.; DA SILVA, A. C. F.; FROEMMING, M. B. Experiência e vivência da fisioterapia na saúde coletiva. **Arquivos médicos**, ano 10, n.1, jan/jun., 2007.

GALLO, D. L. L. **A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. Dissertação. Londrina, 2005.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (ILAESE). **Boletim Contra-corrente**, ano 01, nº 11, 2011.

IKARI, T. E. **Dor lombar em carregadores de hortifrutigranjeiros da CEASA-CAMPINAS**. Dissertação (Mestrado de Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2009.

KONDER, L. **O que é dialética**. 28. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997.

LIMA *et al.* Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35, n.121, p. 112-121, 2010.

LOURENÇO, E. A. S. O Mundo do Trabalho Adoece. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Ano 4 - nº 5. Dezembro de 2007. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/ArtigoEdvaniaAngela.pdf>> Acesso em: 14/08/12.

MARX, K. & ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MENDES, L. F. **A contribuição da fisioterapia em grupo na recuperação e reabilitação de pacientes com LER/DORT**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.

MENDES *et al.* Tratamento fisioterápico em distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: um estudo de caso. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 127-132, jul-dez, 1998.

MORAES, J. R. de *et al.* A atuação da fisioterapia no Programa de Saúde da Família (PSF). **Reabilitar**, 10: 27-30, 2001.

NAVARRO, V. L. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. **Revista São Paulo em Perspectiva**, n. 17, v. 2, 2003.

NOZAKI, H. T. **Educação Física e Reordenamento no Mundo do Trabalho**: mediações da regulamentação da profissão. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal Fluminense, 2004.

NUNES, A. S.; MEJIA, D. P. M. **A importância do fisioterapeuta do trabalho e suas atribuições dentro das empresas:** revisão bibliográfica. TCC (Pós-graduação em Ergonomia: produto e processo), Faculdade Ávila, 2012.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1947. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/es/>>. Acesso em: 05/11/12.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

RAMALHO, J. R.; SANTANA, M. A. **Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2004.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil:** fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REBOUÇAS, R.V. **Fisioterapia do trabalho:** a influência da fisioterapia no posto de trabalho de funcionários do UNICEUB. Resumo expandido. Centro Universitário de Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.uniceub.br/Pdf/relatorio%20com%20resumo%201%202007%20Fisioterapia%20do%20Trabalho.pdf>. Acesso em: 30.08.12

RIBEIRO, M. C. S. A Nocividade do Trabalho: os riscos à saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. (org.) **Enfermagem e Trabalho:** fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. 2. ed.. São Paulo, Ed. Martinari, 2012.

SAMPAIO, R. F. *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. V. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

TALINE, B.; MOREIRA, H. S. B. **A atuação da fisioterapia nas certificações em qualidade, segurança e saúde no trabalho.** TCC (graduação). Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel - PR, 2008.

TAKAHASHI, M. A. B. C. *et al.*. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 35, n.121, p. 100-111, 2010.

VIEIRA, V. L. M.; IKARI, T. E.; LOFFREDO, M. C. M. Verificação de LER/DORT em prontuários de fisioterapia. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 7, n. 15, p. 27-31, 2005.

WICZICK, R. M. *et al.* A eficácia da fisioterapia preventiva do trabalho na redução do número de colaboradores em acompanhamento no ambulatório de fisioterapia de uma indústria de fios têxteis. **Anais do Simpósio de Engenharia de Produção, 2006**. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/763.pdf>. Acesso em: 28.09.12.

**FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA
NO CEARÁ E A PERSPECTIVA
DE ATUAÇÃO NAS POLÍTICAS
DE SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL**

Nadia Tavares Soares

Adriana Cavalcanti de Aguiar

INTRODUÇÃO

Iniciativas de mudança na formação universitária vêm ocorrendo nas diversas carreiras da saúde no Brasil, em parte como decorrência da homologação, de 2001 a 2004, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), das Diretrizes Curriculares (DC) para Cursos de Graduação na Área da Saúde. Estas normas, previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996) (BRASIL, 1996) visam a

[...] conferir maior autonomia às IES na definição dos currículos de seus cursos, a partir da explicitação das competências e as habilidades que se deseja desenvolver, através da organização de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas da sociedade, em que a graduação passa a constituir-se numa etapa de formação inicial no processo contínuo de educação permanente; (...). Contemplar orientações para as atividades de estágio e demais atividades que integrem o saber acadêmico à prática profissional, incentivando o reconhecimento de habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar (BRASIL, 2003).

As Diretrizes Curriculares para Cursos de Graduação em Nutrição (DCN), homologadas em 2001, estabelecem na descrição do perfil do egresso: “Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, **visando à segurança alimentar** e à atenção dietética.” [grifos]. Em seguida, entre as

competências e habilidades específicas a serem desenvolvidas, aponta: “atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando à promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional”. (Item IV do Artigo 5) (BRASIL, 2001).

Vale destacar o fato de que, antes das DC serem homologadas, a atenção dietética constituía o principal foco do núcleo específico do saber do nutricionista, eixo na identidade profissional e característica do nutricionista perante a sociedade (YPIRANGA, 1989). Por sua ênfase na assistência clínica individual, a graduação em Nutrição, tradicionalmente, não explora o estudo dos alimentos numa perspectiva ampla da cultura, dos aspectos históricos e políticos da interface de alimentação com vida social (LIMA, 2001; SANTOS, 2001).

A clara explicitação da SAN como perspectiva do trabalho dos egressos da graduação significa, portanto, ampliação de horizontes para as novas gerações, concorrendo para a criação e fortalecimento de novas práticas profissionais. Para tal, é necessário caracterizar a atuação profissional nas políticas e programas de SAN, bem como desenhar e implementar currículos para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias a este fim.

No Brasil hoje, abordar o assunto das políticas de alimentação e nutrição significa enfocar a garantia do direito à alimentação (VALENTE, 2002), e a coexistência, nas quatro esferas de governo, de programas, projetos, ações integrados e interdependentes, que extrapolem o setor saúde (BURLANDY; MALUF, 2006). Esta concepção abrange a análise da disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, o manejo e preservação do meio-ambiente e da biodiversidade, as características da produção agrícola e das tradições alimentares, o processamento industrial dos alimentos,

a incorporação de tecnologia, as lutas pela equidade e a distribuição da pobreza, enfim, uma miríade de aspectos econômicos e políticos, filosóficos e éticos do devir humano (PETTOELLO-MANTOVANI, 2005).

Apesar de avanços econômicos e sociais observados nos últimos anos no nosso País, a falta de segurança alimentar e nutricional mantém-se em patamares inaceitáveis. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004 estimou que 18,8% das famílias brasileiras apresentavam estado de insegurança alimentar moderada ou grave. Significa que nos 90 dias anteriores à coleta de dados, 39,5 milhões de pessoas teriam passado fome, em virtude de limitação de acesso quantitativo aos alimentos. A situação é pior no meio rural das regiões Norte e do Nordeste. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a insegurança alimentar grave é mais prevalente nas áreas urbanas do que no meio rural (YPIRANGA, 1989).

Em 2006, de 5000 brasileiros em situação de pobreza, beneficiados pela transferência de renda do Programa Bolsa Família (PBF), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) constatou que, “mesmo com a percepção de aumento na quantidade e na variedade dos alimentos, a partir do recebimento do benefício do PBF, a situação de IA [Insegurança Alimentar] é alta” (IBASE, 2009).

Portanto, além do acesso aos alimentos, a formulação das políticas públicas deve considerar, dentre outros aspectos, a implementação do abastecimento alimentar, com regularização dos preços e fortalecimento da agricultura familiar; a reforma agrária, integração e intensificação das políticas de assistência social, acesso a água potável, educação alimentar, regulação da propaganda (IBASE, 2009), a qualidade e a segurança tecnológica, biológica, sanitária, química dos alimentos, bem como as fases

do processo produtivo e sua atenção aos princípios da agroecologia (FBSSAN, 2008). Cunhado para abranger tais dimensões, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) proposto pelo CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) estabelece

[...] a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2004).

Consequentemente, para atuar adequadamente na perspectiva da SAN, um profissional de Nutrição teria que deslocar o tradicional foco no cliente ou indivíduo para a população, em seu contexto socioeconômico, cultural e político, no plano local, regional e mundial¹⁴. Mudança desta natureza demanda ampliar o escopo da formação profissional.

Este estudo, desenvolvido em 2006 no Estado do Ceará, ocorreu no contexto da implementação das DC. Seu objeto foi a formação em Nutrição no patamar de graduação, considerando o papel das universidades de promover o desenvolvimento das competências necessárias para inserção do nutricionista na formulação, implementação e avaliação de políticas, programas e projetos de SAN. Seu objetivo principal foi compreender as percepções de docentes de Nutrição no Ceará sobre as competências requeridas para o nutricionista atuar na SAN.

A investigação teve caráter exploratório e foi realizando com professores dos dois cursos de Nutrição existentes no Estado do Ceará, até 2006. Ambos situados na capital (Fortaleza), sendo um público - Universidade Estadual do Ceará (UECE), e o outro privado - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). As duas universidades encontravam-se na época do estudo em processo de discussão e implementação das Diretrizes Curriculares para cursos de Nutrição.

Na seleção dos sujeitos de pesquisa, buscou-se a representatividade dentro das grandes áreas da Nutrição. Para tal, tomamos por base um consolidado do universo de professores agrupados por área de atuação (Nutrição Clínica, Nutrição em Saúde Pública, Administração de Serviços de Alimentação e Nutrição), obtido junto às coordenações dos cursos. Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: ser graduado em Nutrição, ter titulação de Mestre ou Doutor, possuir, no mínimo, um ano de docência na instituição e ter exercício (atual, ou prévio) de cargos administrativos, representações acadêmicas ou órgãos de classe. A adoção de tais critérios almejou selecionar profissionais com razoável grau de maturidade e liderança na área e, portanto, suficiente exposição aos debates contemporâneos acerca da formação profissional.

A coleta de dados foi feita mediante entrevista individual seguindo roteiro semiestruturado pré-testado. O conteúdo do roteiro foi preparado com a intenção de estimular os entrevistados a externalizarem suas percepções sobre as atuais DCs, acerca da inserção do nutricionista no fortalecimento do planejamento e execução das ações e PSAN e suas consequências para o ensino.

Participaram efetivamente do estudo dez professoras da área clínica, sete da Saúde Coletiva e quatro da Administração de Serviços de Alimentação e Nutrição, num total de 21 docentes. To-

das as entrevistas foram agendadas, gravadas e transcritas, respeitando os procedimentos éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

As entrevistadas (E) foram identificadas por códigos alfanuméricos, observando as suas respectivas áreas de atuação no ensino da Nutrição (por exemplo, o código E2/SP significa entrevistada número dois, que pertence à área de Saúde Pública). A análise dos dados privilegiou a identificação de temas, ou seja, a emergência de padrões e pontos convergentes e divergentes, visando a mapear o modo como as pesquisadas percebiam a problemática levantada neste estudo. As categorias analíticas previamente selecionadas incluíram “competência(s) profissionais”, segurança alimentar e nutricional e formação profissional.

COMPETÊNCIAS DO NUTRICIONISTA PARA ATUAR EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Na literatura consultada (PERRENOUD, 1999; GUEDES, 2003; CARVALHO, 2003; DELUIZ, 2001), os termos *competências e habilidades*, muitas vezes, são usados de modo intercambiável e parece tênue a linha que os separa. Segundo Perrenoud, a noção de *habilidade* é bastante ambígua, por vezes designa um *saber fazer*, por outras “um esquema com uma certa complexidade, existindo no estado prático, que procede em geral de um treinamento intensivo...” ou ainda “uma competência elementar, ou uma parte da ação manual” (PERRENOUD, 1999). Uma habilidade “pode funcionar como recurso mobilizável por uma

ou mais competências de nível mais alto”. De maneira mais abstrata, a competência é “a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações etc.) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações” (PERRENOUD, 2000).

Outra abordagem adotada na literatura educacional entende que conhecimentos, habilidades e atitudes são atributos subjacentes à competência e que permitem inferi-la indiretamente pelo desempenho. De acordo com Ramos (2002), a convergência e não a soma desses elementos, “é o que daria sentido, limites e alcances à competência”. As dimensões éticas e política da competência profissional, ressaltando que “competência refere-se, sempre, ao desafio da qualidade formal (inovação pelo conhecimento) e política (intervenção ética e cidadania). O autor ainda pondera que, “do ponto de vista da educação, prevalece necessariamente a definição de competência como processo de formação de sujeito histórico capaz de inovar, mas sobretudo de humanizar a inovação” (DEMO, 1996).

Quando as professoras foram interrogadas sobre quais seriam as competências requeridas para o nutricionista atuar adequadamente nas ações de SAN, predominou a interpretação das competências como conhecimentos, embora estes superem o âmbito estritamente técnico: “conhecimento técnico da nutrição” (E13/Inst.); “conhecimento do que é, realmente, segurança alimentar” (E14/SP); “conhecimento de gestão, de administração” (E16/Clin.); “conhecimento também político.” (E11/Clin.).

O termo *habilidade(s)* foi citado espontaneamente por professoras das diversas áreas, entretanto, a maioria discorreu sobre a prática do nutricionista sem empregar esse vocábulo. Não foi observado também o uso espontâneo da palavra *atitude*, embora seu sentido apareça implícito: “Ele [nutricionista] tem que ter

vontade de conhecer a fundo as políticas” (E9). Uma professora da Área Clínica (E5) citou *habilidades* conjugado com o termo *competências*, tal como aparece no texto das DC (BRASIL, 2003), e quando foi indagada sobre o entendimento que tinha sobre eles, elaborou um conceito procedimental, expresso pelos verbos *executar* e *exercer*: “*Minha compreensão de competência é você ter condições de executar uma determinada ação, você é competente para aquilo, você tem formação suficiente para aquilo. Habilidade, pra mim, são as estratégias, as técnicas que você [utiliza] para exercer aquela competência*” (E5/Clin.). No geral, na análise das competências mencionadas pelas professoras, o conteúdo procedimental expressa um saber fazer sofisticado (*analisar, idealizar, planejar, desenvolver, criar, coordenar, administrar, gerenciar, implantar, pesquisar, diagnosticar, propor*) e aparece vinculado à utilização frequente dos verbos “ser”, “conhecer”, “entender” “saber” e “compreender”, sugerindo a valorização de apropriações do âmbito cognitivo e atitudinal das competências, além do desenvolvimento de aptidões, aliadas ao fazer.

O aprofundamento da discussão sobre *habilidades* e *atitudes*, para atuar em SAN, foi induzido na entrevista, uma vez que quase todas as professoras (17) enfatizavam os termos *conhecimento, entender, compreender, saber* na abordagem sobre as competências. Considerando, portanto, as colocações induzidas e as espontâneas, as professoras mencionaram como habilidades e atitudes desejadas: liderança; capacidade de discussão ampla de um tema; visão intersetorial; aptidão para o trabalho interdisciplinar; interesse em manter contato com situações de insegurança alimentar; diagnosticar necessidades e propor soluções; elaborar, propor e executar projetos; influenciar tomada de decisões; saber se fortalecer politicamente; saber interagir, ouvir, dialogar com indivíduos, grupos e populações; manter contatos institucionais;

ser participativo, bom leitor e formulador de políticas, negociador; comunicador, gestor, coordenador; pesquisador, prático, objetivo, criativo, atuante; humanista, crítico, flexível e humilde.

Exemplos de falas que contextualizam a proposição destas competências incluem: “se engajar mais na esfera de gestão pública e nas esferas gestoras das instituições”; “habilidade de negociador, de saber se comunicar com as pessoas, a capacidade de liderança” e ainda “[o nutricionista] tem que fazer muitas pesquisas”.

Ao serem questionadas *especificamente* sobre as habilidades e atitudes necessárias, a formação geral em Nutrição e o domínio técnico apareceram como competências indiscutíveis. Outras foram lembradas, com ressalvas de que não predominam na formação do nutricionista. São apreensões teóricas, práticas e atitudinais, que estão falhas, ausentes ou que precisam ser aperfeiçoadas, mediante aprendizagem em situações reais, valorizando a implementação do “aprender fazendo”:

É preciso que ele [aluno] entenda o que seja segurança alimentar. (...) ter vivências, experiências com situações de insegurança alimentar, eu acho que permite reflexão, permite você fazer um paralelo entre conhecimento e aquilo que na realidade está ocorrendo e permite você pensar e refletir sobre ações que poderiam ser desenvolvidas... (E4/SP).

Neste âmbito de integração teoria-prática, professoras das áreas diversas valorizavam o fato de que o estudante desenvolvesse visão e análise crítica, capacidade de liderança, comunicação, conhecimentos sobre Legislação, Economia e políticas públicas:

“para ter competência, ele precisa entender muito de políticas públicas, e isso precisa ser muito reforçado, essa cultura do nutricionista. Inclusive, até eu mesma, eu me coloco nesse lugar, eu sou muito técnica”. (E12/Inst.).

Chamou atenção a apreciação das competências que traduzem uma atuação mais integrada e participativa do profissional, demandando capacidade de solução de problemas mediante a elaboração de projetos, do trabalho interdisciplinar, intersetorial, do diálogo e negociações: “Tem que gostar de conversar, gostar de discutir, ser até um pouco líder ou pelo menos, que tenha uma boa argumentação, conhecer a coisa pra poder argumentar e poder resolver, solucionar problemas.” (E14/SP).

De maneira geral, as falas sobre competências, ainda que permanecessem associadas à ideia de conhecimento, manifestaram uma concepção ampliada do estudo dos alimentos e da alimentação em sua interface com a vida humana, que deve englobar, além do conhecimento técnico, a dimensão intersetorial, econômica e cultural.

A apropriação do ser competente, na perspectiva da inserção do mercado de trabalho, apareceu explicitamente como atributo individual, na narrativa de uma professora da Área Institucional (E13): “O mercado está querendo, hoje, pessoas que saibam se comunicar, que tenham um diferencial, que, além da parte técnica, saibam passar isso (...). É uma característica de pessoas de personalidade de liderança, de comunicação, saber atingir as pessoas.” (E13/Inst.).

Outra entrevistada revelou compreensão análoga: o profissional, para manter-se empregável, deve saber analisar novas situações e evitar ficar estagnado ou inflexível:

Você trabalhar com mercado de alimentos, ele é muito flexível... [O nutricionista] tem que estar flexível para poder ver até que ponto [um produto] se adequou ou não. Então, ele tem que fazer muitas pesquisas. Ele vai ter que estar sempre se adequando a essas coisas (...). Esse profissional não [pode] ficar parado, não [pode] achar que é dono da verdade. (E19/Clin.).

Uma entrevistada fez menção à *humildade* como atributo desejável: Eu acho que a humildade é o primeiro ponto. Humildade não é aquela palavra do pobre não. Humildade de você estar ali para ouvir e entender aquelas pessoas. (E21).

A atitude de *humildade* não aparece nas DCN, nem é comumente citada na literatura consultada, embora possa denotar relação com as competências prescritas nas DC que enfatizam relações interpessoais, o saber conviver, seja no âmbito do trabalho interdisciplinar, seja no trabalho comunitário. Segundo Saupe *et al.* (2005) “a humildade inclui reconhecer limitações, reconhecer que se pode estar errado, que se pode ser ajudado, que não é melhor ou pior, mas diferente”.

PERCEPÇÕES SOBRE A PRÁTICA ATUAL DOS NUTRICIONISTAS NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A atuação do nutricionista em SAN ampliou-se nos últimos anos, desde a inserção em entidades de classe (sindicatos e conselhos profissionais), fóruns de segurança alimentar e nutricional

(BURLANDY, 2004) e nos programas e sistemas governamentais, como, por exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sistemas de vigilância alimentar, nutricional, sanitária e epidemiológica (CRN, 2009). As professoras participantes deste estudo reconhecem estas oportunidades, porém demonstram ceticismo quanto aos avanços dos nutricionistas em SAN, por considerarem escassa sua liderança no pensamento e nas ações dos níveis da gestão governamental. O engajamento dos nutricionistas, principalmente no Ceará, deixa a desejar, tanto nas ações de SAN, como das demais políticas públicas, que abrangem alimentação e nutrição.

Corroborando as professoras, a pesquisa CFN (2005), contemporânea ao período de realização deste estudo, aponta que a participação dos nutricionistas nos órgãos e movimentos de controle social como conselhos e associações, comitês e ONG é ainda reduzida (24,2% de 2.492 nutricionistas cadastrados nas regionais do País) e a sua atuação em programas governamentais aquém do esperado.

As professoras caracterizavam a atuação dos nutricionistas em SAN, como desenvolvimento de atividades de avaliação e educação nutricional; de higiene e controle sanitário dos alimentos, seja no âmbito institucional (creche, indústria, restaurante, hospital, escola) ou na execução de programas assistenciais. Para a maioria (19), essa inserção não privilegia o que realmente deveria acontecer. “Hoje, o nutricionista (...), visando Segurança Alimentar, pra mim, ele está no nível operacional final, quer dizer, o acesso ao alimento não foi garantido.” (E5/Clin.). Neste comentário não está sendo desconsiderado o fato de que a garantia do acesso aos alimentos, como direito de cidadania, é de responsabilidade de toda a sociedade e que os Estados têm obrigação legal

de garantir o direito à alimentação saudável (BRASIL, 2007), mas sim que o nutricionista não está tendo visibilidade nos âmbitos do exercício da exigibilidade desse direito.

A professora E3 (SP) explicou esta atuação incipiente pela ausência do nutricionista na formulação das Políticas de SAN:

[...] na área de Segurança Alimentar e Nutricional, por exemplo, (...) não foram os nutricionistas, de um modo geral, que fizeram essas políticas (...). A gente participa depois na discussão, depois da política elaborada, mas não estamos lá pra ajudar a elaborar, com esse conhecimento específico que a gente tem.

Quando analisam a atuação específica dos nutricionistas nas políticas de SAN, as professoras percebem pequena importância no contexto atual: “*não tem nutricionistas em cargos (...) importantes...*” (E10/SP); “*Nutrição, na verdade, não tem um peso na política pública do país, sejam elas quais forem e, principalmente, na área de Segurança Alimentar e Nutricional*” (E3/SP).

Outra docente analisou esse distanciamento dos nutricionistas das grandes discussões que envolvem a resolução dos problemas nutricionais da população:

[...] a gente fica se perguntando: por que nós nunca pensamos nisso antes? Porque a questão da Segurança Alimentar, ela não foi [inicialmente] uma preocupação da área de Nutrição, ela começou como uma preocupação da área de direitos humanos, como uma

preocupação da área dos economistas. Por que? Porque envolvia a questão da economia, da macroeconomia, das economias familiares, das questões estruturantes do país, foi isso. (E4/SP).

Uma professora da área clínica percebeu, especificamente, a ausência dos nutricionistas na gestão das políticas públicas e representações sociais do Ceará: “*Nós não temos nutricionistas, por exemplo, enquanto gestores municipais, nós não temos nutricionistas [nas] políticas, organizados, voltadas para Conselhos Populares, Conselhos Comunitários, nós não temos a inserção.*” (E20/Clin.). Por outro lado, três professoras (duas da Saúde Pública e uma da Alimentação Institucional) identificaram oportunidades criadas no Governo Lula e pela maior visibilidade conferida pela SAN à Nutrição. Avanços citados incluem o fortalecimento da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição e a atual gestão do Programa Nacional de Alimentação Escolar, que conta, pela primeira vez, com uma nutricionista na coordenação central. Os avanços, porém, podem ser contingenciais, como salientou uma entrevistada: “*Eu não tenho política sincronizada, de melhoria da qualidade de vida, com alimentação, com o básico (...). Eu acho que tem focos, trabalhando individualmente, ONGS, fazendo trabalhos belíssimos, mas, a sintonia, eu acho que deixa muito a desejar.*” (E21/ Clin.). Essa percepção ratifica a constatação de que a intersectorialidade e a articulação das ações de SAN constituem desafios para agentes governamentais e da sociedade civil neste século (BURLANDY, 2009).

Onze professoras, das três áreas, manifestaram o entendimento de que o nutricionista poderia atuar em todos os âmbitos da cadeia produtiva e comercial do alimento e não somente no que tange à ingestão alimentar adequada. Os setores nos quais

os nutricionistas poderiam obter melhor inserção incluem a indústria de alimentos, a produção agrícola, a comercialização e o abastecimento alimentar. O acesso ao alimento tecnologicamente seguro, por exemplo, é entendido como nova frente de luta, na qual o nutricionista precisa se engajar, compondo comissões representativas no plano governamental:

[Potencialmente] O nutricionista trabalharia desde a criação de novos produtos (...), dentro da vigilância sanitária, vendo a questão das toxi-infecções, da supervisão, quer seja a nível estadual, federal, de indústrias (...). Ele também trabalha com questões mais amplas, desde a biosegurança alimentar, como alimentos transgênicos, até que ponto é seguro ou não a utilização desse alimento (...). Então, o nutricionista atuaria pesquisando (...), da pesquisa de laboratório, até mesmo a pesquisas mais amplas, vendo como é feita essa aceitação, como é feita a produção dos alimentos. (E19/Clín.).

Não se observou nas falas a caracterização do trabalho do nutricionista como executor de programas assistenciais. Duas professoras esboçaram uma rejeição a este tipo de trabalho:

Quando aparecem esses programas, que até eu discordo de alguns deles, de distribuir alimentos, (...) de cesta básica, não tem nutricionista na programação daquilo ali não. (...). Eu, pelo menos, não gosto desse negócio de você dar dez reais, dar um litro de

leite, distribuir uma sopa. Eu não acho que deveria ser por aí. Mas, se de repente tivesse nutricionista envolvido na equipe, digamos do prefeito, do governador, (...) de repente, poderia ser diferente. (E7/Inst.).

Uma professora da Saúde Pública vislumbrou o que seria o trabalho do nutricionista para além do assistencialismo, enfatizando:

O nutricionista tem que levantar os dados sócio-econômicos-culturais da população em que está trabalhando, tentar buscar alternativas dentro dessas condições que ele encontrar, pra melhorar a qualidade da alimentação, o acesso das pessoas ao alimento, a qualidade do tratamento que essas pessoas vão dar ao alimento, a informação, trabalhar a educação dessas pessoas. (E18/SP).

Assim, independentemente da área de atuação, as professoras almejavam que o nutricionista atuasse na esfera da tomada de decisões, programação e gestão das ações de nutrição, atuando como pesquisador e regulador de alimentos, planejador e executor de estudos populacionais; que desenvolvesse ações comunitárias baseadas em diagnósticos nutricionais completos, cobrindo a análise dos fatores condicionantes da alimentação e nutrição, tendo em mente a melhoria das condições de vida, saúde e alimentação das pessoas, fundamentadas num processo político-educativo de garantia dos direitos constitucionais.

Vale ressaltar que, apesar das professoras considerarem que o profissional não está engajado ou cumprindo plenamente seu potencial em SAN, observaram que não seria por falta da competência técnica, mas em decorrência de barreiras a serem superadas, como o baixo reconhecimento social e escassa valorização profissional: *“Ele [o nutricionista] tem habilidades pra isso, ele só não tem é reconhecimento de que essa é uma área [SAN] que pode se atuar.”* (E10/SP).

Algumas entrevistadas argumentaram que, em última análise, qualquer atividade do nutricionista estaria inserida na SAN: “eu acho que todo profissional que trabalha em Nutrição, independente da área, ele está fazendo segurança alimentar” (E11/ Clin.). Na literatura (CFN, 2006a; CFN, 2006b) e nos depoimentos da maioria das professoras, porém, a SAN aparece separada ou como atribuição distinta das demais áreas de atuação do nutricionista (SOARES, 2007). Há uma tendência de localizá-la como objeto da Saúde Pública, provavelmente por sua ênfase social e política e por ser a Saúde Pública a área da Nutrição historicamente voltada para a discussão das políticas públicas e das necessidades sociais e de saúde das populações e coletividades. A exemplo disto, no relatório da pesquisa sobre o perfil de inserção profissional do nutricionista no Brasil (CFN, 2006a), realizada em 2005, ações afeitas à realização da SAN só aparecem explicitadas nas áreas e subáreas da Saúde Coletiva (Políticas e Programas Institucionais e Atenção Básica), e, mesmo assim, não está claro o tipo de envolvimento do profissional nesses setores. Ainda que ocupando cargos de chefia, na subárea Atenção Básica/Promoção da Saúde, 72,7% dos nutricionistas pesquisados referem que “participam” da execução e implementação das ações SAN, no plano local e/ou regional; e na subárea Políticas e Programas Institucionais, 46,2% referem que “participam” das estratégias

de SAN, no âmbito municipal, estadual e federal (CFN, 2006a). Desse modo, é provável que, no contexto da SAN, muitos nutricionistas estejam gerenciando ações decorrentes de decisões tomadas por outrem.

O contraste entre as competências necessárias, as percebidas pelas professoras, e a realidade da prática, corroboram a impressão de que o nutricionista está fora da vanguarda das ações de SAN, e expressa vários desafios para o aparelho formador do Ceará, sendo que a competência política e a promoção da reflexão sobre SAN se destacaram nas falas. Somente serão concretizáveis, entretanto, se a diretriz da formação geral for assumida pela instituição e seus componentes, não como oposição à formação especializada, mas como condição para que esta seja embasada, contextualizada e justificável, do ponto de vista técnico, político e econômico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou explícito o fato de que as professoras de Nutrição do Estado do Ceará querem que os nutricionistas participem da formulação, mentoria e liderança das políticas e ações de SAN e que este nível de formação ainda é incipiente. O grau de abstração evidenciado por elas na percepção de competência denota a superação do simples *fazer*, abrangendo componentes cognitivos, técnicos, sociais, político-institucionais e comunicacionais.

Vale refletir que aliar competência técnica e política na formação do egresso de cursos de Nutrição implica oferecer oportunidades para seu desenvolvimento, por parte de alunos e também dos professores, bem como garantir as condições materiais

e estruturais para que o aparelho formador propicie que o futuro nutricionista atue adequadamente em SAN.

Não restam dúvidas de que a Ciência da Nutrição, como campo em desenvolvimento, instigada pelos desafios que a SAN expressa no atual contexto brasileiro, pode contribuir para o bem-estar social, estabelecendo pontes entre as diversas áreas do conhecimento e garantindo maior visibilidade e valorização da profissão.

A experiência do trabalho de campo que esta pesquisa ensejou, e o nível de envolvimento das entrevistadas com a temática, sugere cogitar na aplicação de metodologias participativas de pesquisa, como estratégia de identificação de problemas e de priorização de soluções mediante negociação de consensos, conferindo legitimidade às decisões e contribuindo para transformar a formação e a prática profissional.

É igualmente desejável investigar as interações da Nutrição com outras carreiras (como, por exemplo, a Medicina e a Enfermagem, o Direito, as Ciências Sociais e o Serviço Social, a Comunicação Social), estimulando convergências no esforço de desenvolvimento de competências profissionais para atuar na garantia dos direitos de cidadania. Outra possibilidade é a realização de estudos sobre experiências bem-sucedidas de ampliação do espaço da SAN nos novos projetos político-pedagógicos, estimulados pela homologação das DCN.

Não se pode perder de vista a noção de que o advento da LDB/1996 e a constituição da SAN como política de Estado torna o momento atual propício para projetos inovadores, tanto na área de Educação como no âmbito da realização do direito à alimentação.

Com origem na redemocratização, que teve lugar nos anos 1980/90, aumentou a abertura política para investigar e debater os interesses sociais e direitos de cidadania. Várias são as oportunidades expressas para o aparelho formador redefinir, participativamente, seus modelos de ensino, rediscutindo inclusive as DC, pois orientam na direção de que os projetos pedagógicos sejam formulados como elaboração coletiva.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Guidelines for community nutrition supervised experiences**. 2. ed. Illinois, 2003. Disponível em: <<http://www.phcnpg.org/docs/Resources/GuideCommunityNutr-SuperExp.pdf>>. Acesso 1 jul 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional/ CONSEA. **Princípios, diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/II_Conferencia_2versao.pdf>. Acesso 1 jul 2014.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. [Acessado em: 2014 jun. 1]. Disponível em: <<http://www.ufv.br/seg/diretrizes/nut.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política do Ensino Superior. **Diretrizes curriculares dos**

cursos de graduação. 2003. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0067.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/MS. **Curso formação em direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional,** 2007.

BURLANDY, L.; Magalhães, R.; MALUF, R. S. **Construção e promoção de sistemas locais de segurança alimentar e nutricional no Brasil:** aspectos produtivos, de consumo e de políticas públicas. Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ, 2006.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciênc. Saúde Coletiva** v.14, n. 3, maio/jun 2009.

BURLANDY, L. Atuação do nutricionista na área da SAN. **Jornal do CRN-2** [periódico na Internet], 2004 Disponível em: <http://www.crn2.org.br/crn_p03abril04.pdf>. Acesso em: 22 abril 2006.

CARVALHO, I. C. Dorsey. Rocha & Associados e especialista em competências. **Comunidade RH,** 2003. Entrevista concedida a Camila Micheletti. Disponível em: <http://carreiras.empregos.com.br/comunidades/rh/entrevistas/100203-ivenio_competencias.shtm>. Acesso em: 1 jul. 2014.

CFN. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Inserção profissional do nutricionista no Brasil** [pesquisa na Internet]. Brasília; 2006a. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/pesquisa.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

CFN. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução** nº 380 do Conselho Federal de Nutricionistas de 10 de janeiro de 2006b. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <ftp://ftp.fnde.gov.br/web/alimentacao_escolar/areas_atuacao_nutricionistas_res_380.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2014.

CRN. CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTA 2ª Região. As áreas e as histórias. Saúde coletiva. **Revista do CRN2**, n. 20, p.13, ago 2009. Disponível em: <<http://www.crn2.org.br/pdf/revista/revistaaugosto2009.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

DELUIZ, N. O Modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Boletim Técnico do Senac**, v. 27, n. 3, p.13-25, 2001.

DEMO, P. Currículo intensivo na universidade. In: DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1996. Disponível em: <<http://www.uniblog.com.br/didatica/97404/pedro-demo.html>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

FBSAN. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Carta de princípios do fórum brasileiro de segurança alimentar e nutricional**, 2003. Disponível em: <<http://www.fbsan.org.br/carta.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2008.

GUEDES, G. G. **As habilidades e o pensamento sistêmico: fatores decisivos na formação do administrador**. **Global Manager**, n. 5, p. 45-59, 2003.

IBASE. INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. **Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional**. Relatório Síntese. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Segurança alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2014.

LIMA, E. da S. Comunicação no 1. Problemas concretos, dinâmica e movimentos de mudança nos cursos de Nutrição com base nas diretrizes curriculares. **Caderno CE**, Ano 3, n. 4, p 62-64 dez, 2001.

PERRENOUD, P. **Construindo competências**. 2000. Entrevista concedida a Paola Gentile e Roberta Bencini. Disponível em: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html>. Acesso em: 1 jul. 2014.

PERRENOUD , P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artemed, 1999.

PETTOELLO-MANTOVANI, M. The social and environmental dimensions of nutrition science. **Public Health Nutrition**, v. 8, n.06A, p. 749-752, 2005.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.** v. 23, n. 80, p. 401-422, 2002.

SANTOS, M. M. A. de S. Comunicação no 2. Problemas concretos, dinâmica e movimentos de mudança nos cursos de Nutrição com base nas diretrizes curriculares. **Caderno CE** Ano 3, n1, p 64-65, dez 2001.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, n.18, p. 521-36,2005.

SOARES, N. T. **Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em Nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional**: perspectivas de docentes do Ceará. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro; 2007.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**. Desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

YPIRANGA, L.; GIL, M. de F. Formação profissional do nutricionista: por que mudar? In: CUNHA, D. T. O. da; RODRIGUES, L. Y.; GIL, M. de F. **Seminário Nacional sobre Ensino de Nutrição**. Goiânia: FEBRAN; 1989.

**SOMATOTIPO E NUTRIÇÃO: SABER
LEIGO E CIENTÍFICO - O QUE SE
TEM A DIZER?**

Patrícia Soares de Moura

Nadia Tavares Soares

INTRODUÇÃO

O somatotipo resulta da caracterização e classificação numérica da forma corporal, por meio da antropometria ou somatoscopia (por fotos). São três os componentes básicos do somatotipo - endomorfia, mesomorfia e ectomorfia. Estes formatos físicos são representados por números e exprimem, respectivamente, correlações dominantes com gordura corporal, estrutura musculoesquelética e linearidade. A combinação e a magnitude dos números de cada componente resultam em 13 classificações somatotipológicas (CARTER; HEATH, 2005).

A expressão somatotípica é determinada geneticamente e pode ser o alvo de modificações com o avançar da idade, alimentação e exercício físico. Não é possível, entretanto, prever o nível de alteração provocada pelos fatores ambientais e dificilmente o componente dominante será modificado (CARTER; HEATH, 2005).

Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, estabelecem relações entre somatotipo e aptidão física (SPORIS *et al.*, 2011), maturação biológica (LINHARES *et al.*, 2009) e herdabilidade (REIS *et al.*, 2007; MAIA *et al.*, 2007). A temática, entretanto, é pouco explorada no campo da nutrição.

Por outro lado, há crescente interesse da comunidade científica em avaliar correlações entre patologias e forma do corpo com suporte no componente genético do somatotipo. Pesquisas apontam associações entre o somatotipo e apneia obstrutiva do sono (MERCANTI *et al.*, 2004), Alzheimer (BUFFA *et al.*, 2007a), *Diabetes Mellitus* (BUFFA *et al.*, 2007b), osteoporose (SAITOGU *et al.*, 2007), câncer de mama (RONCO *et al.*, 2008), dentre outras enfermidades (SINGH, 2007) com foco em doenças crônicas.

Nas décadas de 1940 e 1950, o psicólogo estadunidense William Sheldon publicou vários trabalhos correlacionando os postulados da somatotipologia aos comportamentais. Dentre suas publicações, merece destaque o livro intitulado *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences* (1942), onde é feita uma abordagem direta entre a Morfologia e a Psicologia. Nesse trabalho, implicitamente, o Pesquisador aponta questões acerca do comportamento alimentar ao relacionar o prazer em comer à endomorfia, a negligência de refeições à mesomorfia, e a constante presença da fome à ectomorfia (SHELDON, 1942).

Na atualidade, pouco se fala sobre os intrigantes postulados da Teoria Somatológica/Temperamental Sheldiana. Num levantamento bibliográfico, realizado nas bases de dados *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed* e *Scielo*, não foi encontrado estudo algum abordando os temas correlatos ao somatotipo e comportamento alimentar, seja validando, criticando, apontando modificações ou erros de tal teoria. Foram localizados, no entanto, diversos *websites* leigos, sem citação de referências científicas, reproduzindo os pressupostos de Sheldon no que concerne às características físicas, temperamentais e comportamentais da pessoa, acrescentando informações sobre metabolismo e perfil da dieta alimentar associados.

Neste capítulo, discutir-se-á o conhecimento sobre somatotipo e nutrição, divulgado em *sites* e *blogs* leigos e na literatura científica. Consideramos conhecimento leigo aquele que tem um arcabouço teórico especializado com aparência de científico, porém desprovido de autoria renomeada ou qualquer referência ou fonte bibliográfica.

O levantamento da literatura científica foi procedido nas bases de dados *Bireme*, *Pubmed* e *Scielo*, cruzando o termo: somatotipo/*somatotype* com as palavras nutrição/*nutrition*; dieta/*diet*/

dietary; alimentação/*alimentation/feeding*; ingestão alimentar/*food intake*; e consumo alimentar/*feeding intake*. Encontraram-se 20 artigos que atendiam ao objetivo almejado, porém, a maioria, discorria de modo independente sobre cada temática implícita nos termos-chave.

Na análise da mídia eletrônica leiga inseriram-se no *site* de pesquisa *Google* as chamadas: Somatotipo “dieta” “metabolismo” “temperamento”; Somatotipo “dieta” “metabolismo” “personalidade”; e *Somatotype* “*diet*” “*metabolism*” “*personality*” referentes ao período de 01/09/2009 a 01/09/2011. Foram sumarizadas 183 páginas, nacionais e internacionais. Após exclusão do que não configurava *site* ou *blog* informativo, tal como fórum de discussão, páginas de relacionamentos, arquivos em formatos *doc* e *pdf*, e artigos científicos, assim como cópias literais de outros sítios, restaram 53 endereços. Depois de filtrar quanto à saturação, aqui entendida como dados e/ou conteúdos repetidos, e relevância das informações, resultaram 28 *websites* para análise pretendida.

Ressalta-se que os termos-chave utilizados na busca na mídia eletrônica leiga diferiram da literatura científica em virtude dos primeiros caracterizarem bem a teoria somatotipológica de William Sheldon. Além disso, essa teoria é constantemente referida nas páginas da *internet*.

O conteúdo extraído dos *sites* e *blogs* está citado neste capítulo por números, cujos endereços eletrônicos correlatos estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Sites e blogs com informação sobre somatótipo, dieta e comportamento. Fortaleza, 2011.

1	http://alessandraxavierpersonaltrainer.blogspot.com/2010/05/somatotipos.html
2	http://somatotiposaibamais.blogspot.com/
3	http://vidafferrea.com/culturismo/los-somatotipos.html
4	http://emagrecerdevez.com/tipos-corporeos-sabia-qual-o-seu
5	http://www.taringa.net/comunidades/el-camino-del-culturismo/3564070/%5BAporte%5D-%C2%B1-T est-para-saber-que-gen%C3%A9tica-eres-+-Info.html
6	http://fullenergiainsular.blogspot.com/
7	http://academiasc.dominiotemporario.com/dicas_scorpion_8.html
8	http://betovoley.blogspot.com/2011/04/composicion-corporal-y-metabolismo.html
9	http://www.e-corredor.com.br/blog/?cat=5
10	http://rendirse-jamas.blogspot.com/2010/02/saca-el-mejor-provecho-tu-forma-fisica.html
11	http://www.livestrong.com/article/465540-suggested-diet-for-ectomorphs/
12	http://www.livestrong.com/article/377441-information-on-mesomorph-ectomorph-and-ectomorph
13	http://www.buzzle.com/articles/mesomorph-diet.html
14	http://www.1quickestwaytoloseweight.com/body-type-diet/ectomorph/
15	http://www.ehow.com/about_5380975_body-type-weight-loss.html
16	http://www.myweightlifting.com/different-body-types.html
17	http://www.steadyhealth.com/about/the_mesomorph_body_type_diet_and_exercise_tips.html
18	http://the-chair-of-moros.blogspot.com/2011/06/somatotypes-of-sheldon.html
19	http://media-news.net/category/california-news/
20	http://www.ehow.com/way_5531527_do-gain-weight-am-mesomorph.html
21	http://geneticchemistry.com/genetic-science/the-benefits-of-being-an-ectomorph/

22	http://visionapexcollege.blogspot.com/2010/10/psychology-personality.html
23	http://www.nutritionsecrets101.com/p/what-body-type-are-you.html
24	http://www.visionlily.com/health-fitness/understanding-the-different-body-shapes-and-body-types.html
25	http://gainweightspot.com/an-overview-of-the-ectomorph-body-type/
26	http://www.livestrong.com/article/390922-can-fat-people-gain-muscle-faster-than-skinny-people/
27	http://bodybuildinginfoonline.com/2010/10/04/how-a-hardgainer-needs-to-train-to-gain-mass/
28	http://espartilho.wordpress.com/tag/dieta/

A abordagem pretendida neste capítulo está organizada nesta sequência: exposição das características somatotípicas descritas nos sítios eletrônicos, conhecimento científico sobre nutrição e somatotipo, o que temos a dizer, e considerações finais.

SOMATOTIPO NA MÍDIA LEIGA

O somatotipo é uma herança genética (25) ligada à composição corporal (estrutura óssea, muscular e adiposa) (28), podendo ser alterada pela dieta e exercício físico (8; 23; 26). Conforme a teoria sheldiana, existem três extremos de somatotipo, endomorfo, mesomorfo e ectomorfo (11; 18; 23; 25), que serão caracterizados a seguir. A maioria das pessoas tem graus variados de cada um dos três componentes (6; 8; 11; 16; 18; 28) e a expressão pode ser alterada durante o envelhecimento. A estrutura óssea, porém, não é passível de mudança, ao contrário dos tecidos muscular e adiposo (23).

ENDOMORFO

Estrutura física

Indivíduos caracterizados pelo corpo arredondado (1; 2; 3; 8; 10), estatura mediana (10), pescoço curto e grosso (1; 2; 10), ombros curtos (1; 10; 16), tronco largo e grosso (1), membros curtos (1; 4; 8; 10; 12; 18), cintura alta (1; 8; 18), quadris largos (1; 4; 16) com bom desenvolvimento das nádegas (18); propensos ao elevado peso corporal (7; 8; 13; 16; 24) com acúmulo de gordura subcutânea, principalmente, na região abdominal (1; 2; 7; 8; 10; 15; 18) em homens (5) e nos quadris e coxas em mulheres (5). Os músculos são pouco desenvolvidos (1; 3; 11; 12), os ossos são largos (4; 16) e as articulações variam de média a grande (4). Denotam textura cutânea macia e suave, cabelo fino e tendência à calvície precoce iniciada no topo da cabeça (18). O corpo pode ter forma de maçã ou pera (11; 15). Quando maçã, tem maior desenvolvimento da parte superior do corpo com coxas e panturrilhas finas. Quando pêra, o acúmulo de gordura se concentra nas coxas com braços finos e abdômen mais plano (11).

Fisiologia

Possui metabolismo lento (4; 6; 8; 10; 11; 15; 16; 18) com predisposição ao acúmulo de gordura (2; 3; 23), fácil desenvolvimento dos tecidos adiposo e muscular (3; 8; 10), porém a perda ponderal é difícil (4; 16; 23). O sistema digestório é bem desenvolvido (3) levando à boa capacidade digestiva (8). Geralmente, é sensível ao carboidrato (4; 15; 19), tendo elevada secreção de insulina (5), o que justifica a maior produção lipídica do que

muscular (5). As frequências cardíaca e respiratória, pulsação e temperatura encontram-se, normalmente, abaixo da média, além da reduzida circulação sanguínea nas extremidades (18).

Personalidade

Pessoas emotivas (16), tolerantes (1; 3; 9; 22; 24), calmas (1; 5), tranquilas (3; 6) e relaxadas (1). Consideradas boa companhia (1), amigáveis (3; 5; 16), sociáveis (3; 16; 18; 22), extrovertidas (2; 3; 5), descontraindas (2; 9; 22; 26) e bem humoradas (3; 5). Gostam do conforto (2; 3; 5; 9; 24) e luxo (3; 5; 24). Em virtude da necessidade de aprovação social, frequentemente, não ousam em suas escolhas (18) e estão mais propensas ao vício e transtornos psíquicos (24).

Comportamento alimentar

Têm boa relação com a comida (3; 6; 8; 18). Em resposta ao apetite elevado, é difícil controlar a fome, ingerindo grandes refeições (16). Têm prazer em comer carboidratos (25). Após alimentar-se, gostam de relaxar (18).

Alimentação

É necessário reduzir o volume alimentar e fracioná-lo (1; 11) em 4-6 refeições (2; 8; 10; 19), de tal modo que a última seja a menor do dia (1; 8). O intervalo das refeições não deve ultrapassar 5 horas (8), sendo o ideal 2-3 horas, para manter metabolismo ativado (19), evitar hipoglicemia e ataques de fome (8). Grandes períodos em jejum predis põem o cérebro a fazer escolhas não saudáveis (8). A dieta deve ser restrita em calorias (1; 8), carboidratos (11; 15; 19) e lipídeos (19), e rica em proteínas (11; 15; 19). Para regular a saciedade, os endomorfos devem

preferir as proteínas magras, por queimar mais calorias durante a digestão (16), e carboidratos complexos (11) (frutas e fibras) que modulam a resposta glicêmica (8). Além disso, evitar açúcares simples e alimentos processados (11). A ingestão de fibras ativa o metabolismo e reduz lipídeos. É importante consumir 7-8 copos de água por dia para acelerar o metabolismo (19). A distribuição de macronutrientes varia da seguinte forma: carboidrato: 45-50%, proteína: 25% e lipídeo: 25-30% (8); carboidrato: 55%, proteína: 30% e lipídeo: 15% (10) ou 15-20% (19); proteína: 3,33 g/Kg peso ou 2,2 g/Kg peso (16).

MESOMORFO

Estrutura física

Corpo simétrico (9; 10), retangular (3; 9), musculoso (1; 3), variando de normal a atlético (1; 8; 9; 10; 16). Ossos e músculos faciais proeminentes (10), pescoço forte (1), ombros largos (1; 5; 7; 10; 16), tórax mais avantajado do que o abdômen (10; 18), cintura fina (1; 7; 16; 18), quadril estreito (5; 10) e membros musculosos (18). Estrutura óssea maciça de média a grande (16), articulações médias, aparência forte e robusta (6; 11). Boa postura (3; 6; 8). Homens têm corpos magros e retangulares e mulheres forma de ampulheta (13). Quando apresenta excesso ponderal, nas mulheres, a gordura distribui-se nos seios, quadril e nádegas (17). Textura cutânea grossa (3; 18) e cabelo pesado e grosso (1; 18). Quando surge a calvície, tem início na frente. Tem aparência mais velha (18).

Fisiologia

Metabolismo de normal a rápido (13; 16), sensível a hiperinsulinemia (23) e com altos índices de testosterona (1). Ganham e perdem peso facilmente (2; 11; 16; 23), porém com maior desenvolvimento do tecido muscular (2; 3; 4; 9), que é adiposo (13) e ósseo (10). Alta resistência à dor (6; 8; 18), com capacidade de recuperação rápida (8), vasos sanguíneos grandes (18) e tendência à pressão arterial elevada (6; 8; 18).

Personalidade

Temperamento forte (26), agressivo (1; 2; 3; 5; 6; 16), competitivo (3; 6; 16; 18; 26) e dominador (1; 3; 9). Obstinosos (18), determinados (1; 8; 18), aventureiros (3; 9; 16) e ousados (3). Líderes (16), gostam de ganhar (6; 8), são práticos (18), indiferentes emocionalmente (9; 18) e não se preocupam com opinião alheia (3). Gostam de liberdade e lugares amplos (18).

Comportamento alimentar

Têm apetite normal (16), comem muito (6; 8) e rapidamente, negligenciando as refeições e seus horários (6; 8; 18).

Alimentação

As diretrizes gerais da alimentação saudável recomendadas variam conforme prática e tipo de atividade física (1; 8). Os mesomorfos devem fracionar as refeições (20), não ignorar o café da manhã (13) e ingerir alta quantidade de proteína, sendo moderada a de carboidrato e lipídeo (2). Quando o objetivo é perda de peso, a ingestão calórica deve ser reduzida em 200 a 500 Kcal (13). As variadas distribuições de macronutrientes propostas

são: carboidrato: 60%, sendo 10% para doces e açúcares simples, proteína: 15% e lipídeo: 25% (1); carboidrato: 60%, proteína: 15-20% e lipídeo: 20-25% (8); carboidrato: 40%, proteína: 30% e lipídeo: 30% (13); carboidrato mais proteína: 60% e lipídeo: 40% (15).

ECTOMORFO

Estrutura física

Corpo magro (1; 3; 4; 5; 9; 11; 24) e alto (1; 3; 4; 12; 21; 24) com aparência jovem (18) e delicada (1; 18). Queixo proeminente (1; 18), maxilar inferior recuado (18), ombros estreitos (1; 10) e caídos (3; 18), pescoço (1; 18), tórax (1; 10; 12) e membros longos e finos (1; 4; 5; 10; 12; 21). Estrutura óssea (5; 21), articulações (1; 4; 21) e quadril pequenos (4). Predomínio do tecido ósseo sobre o muscular e adiposo (10). Geralmente tem postura incorreta em virtude da deficiência muscular (10). Possuem pele seca e facilidade para queimá-la (1; 18), cabelo fino com crescimento rápido (1; 18), sendo rara a calvície (18).

Fisiologia

Metabolismo (2; 4; 5; 9; 14; 15; 16; 23), taxa metabólica basal (5; 6; 8; 25), gasto termogênico (5) e temperatura corpórea altos (8; 18), tornando difícil o ganho (1; 3; 6; 11; 13; 23) e fácil a perda ponderal e muscular (16). Sofrem de fadiga crônica (8; 18) com sensibilidade à dor (6; 18) e mudanças de temperatura (1; 8). Têm musculatura bem definida em razão do baixo percentual de gordura (5), 3-5% (6). Possuem pressão arterial (6; 8; 18), respiração (8; 18), atividade insulínica (5) baixas, além de pulsação rápida e fraca (8; 18).

Personalidade

Introvertidos (3; 5; 16), inibidos (2; 3; 9), tímidos (3; 25), ansiosos (25), intelectuais (3; 5; 6; 8; 9), analíticos, criativos (16) e autoconscientes (3; 18; 24). Têm percepção aguçada (1; 5) e são hipersensíveis aos estímulos externos (1; 16; 22; 25). Gostam de privacidade (3; 16; 18), sendo emocional (3; 18) e socialmente reservados (18; 24). Preferem lugares protegidos. Normalmente, ao sentar, cruzam as pernas para evitar exposição, não fazem ou gostam de barulho e falam em voz baixa (18).

Comportamento alimentar

Inapetentes (8; 25), com fome (6; 18) e saciedade sentidas rapidamente (6; 8; 18). Podem burlar refeições (25), controlar e ignorar a fome (16). Não se alimentam sob estresse. Gostam de lanches (16) proteicos (18) e raramente de doces (25).

Alimentação

Ectomorfos devem comer seguindo horário e não à fome (25), mantendo os nutrientes circulantes para evitar perda de massa muscular (1). A dieta deve ser fracionada (1; 2; 19), com intervalo de 2-3 horas (19), de 6 a 8 refeições (6; 10; 23; 27) e rica em carboidratos, principalmente complexos, para fornecer energia durante todo o dia ao corpo e não aumentar a insulina (19), com o consumo do dobro de proteínas em relação aos lipídeos e de carboidrato em relação à proteína. O aumento da ingestão de gorduras insaturadas (8), ômega 3, 6 e 9 também é recomendado (19), bem como o consumo combinado de carboidratos e proteína (15) em lanches de alta densidade calórica (8). Fundamental é manter a hidratação para evitar perda de água dos músculos (19). Para aumento ponderal, devem consumir 500 a 800 Kcal a

mais do que a habitual (19). A distribuição de macronutrientes tem as seguintes proposições: carboidrato: 50%, proteína: 20% e lipídeo: 30%, sendo 7-10% oriundos de gorduras saturadas (8); carboidrato: 50%, proteína: 30% e lipídeo: 20% (10); calorias totais: 53,33 Kcal/Kg peso, carboidrato: 50%, proteína: 25% e lipídeo: 25% (27).

Como pode ser observado, a descrição do somatotipo na mídia digital leiga denota variáveis de interesse para a área de nutrição. Na literatura científica revisada, entretanto, não há informações semelhantes. As discussões são mais relativas ao estado nutricional, satisfações corporal, perfil dietético, lipídico e doenças, excluindo o padrão metabólico e comportamental, conforme exposição a seguir.

SOMATOTIPO NO CAMPO CIENTÍFICO DA NUTRIÇÃO

Como já mencionado, no âmbito da Nutrição, o somatotipo é pouco investigado. Artigos que abordam perfil nutricional e somatotípico não estabelecem associações entre consumo alimentar e/ou aspectos metabólicos, e os somatotipos dominantes limitam-se às descrições destas variáveis, separadamente.

Os poucos trabalhos que fazem associação mostram relações com antropometria, imagem corporal, ingestão alimentar, perfil lipídico e doenças. Um destes estudos observou que o Índice de Massa Corporal (IMC) tem correlação positiva com endomorfia e mesomorfia, e negativa com ectomorfia. O percentual de gordura associa-se positivamente com endomorfia e negativamente com ectomorfia (BOLONCHUK *et al.*, 2000), sugerindo presença de menor peso corpóreo e quantidade de gordura relativa nas pessoas com características lineares acentuadas.

Na abordagem da relação entre somatotipo e satisfação da imagem corporal, as pesquisas mostram associação positiva com a ectomorfia e negativa para endomorfia e mesomorfia (BAHRAM; SHAFIZADEH, 2006). A satisfação corporal parece estar ligada ao somatotipo central (equilibrado) e insatisfação ao endomorfo extremo. O corpo associado ao maior contentamento é o mesomorfo ectomórfico, para homens, e endoectomorfo, para mulheres (STEWART *et al.*, 2003).

Estudo realizado com homens revelou relação positiva entre mesomorfia, lipídeos e magnésio, e negativa entre endomorfia, carboidrato, cobre, ferro e magnésio. Não foi observada associação entre consumo calórico e proteico com o somatotipo (BOLONCHUK *et al.*, 2000). Já uma pesquisa com esgrimistas levanta sutil relação, sem significância estatística, entre o componente ectomorfo feminino e dieta hiperlipídica (MARGINET *et al.*, 2008).

Investigação sobre o perfil lipídico de mulheres polonesas mostrou correlação apenas entre triglicerídeos séricos e somatotipo, sendo positiva para endomorfia e mesomorfia e negativa para ectomorfia (CHRZANOWSKA *et al.*, 2006).

Outra análise, procedida com homens norte-americanos, mostrou que o nível de HDL colesterol foi significativamente maior em ectomorfos do que em endomorfos. Apesar da ausente diferença estatística, endomorfos tiveram maiores valores de colesterol e lipoproteínas plasmáticas (total, triglicerídeos, LDL e VLDL). O perfil lipídico esteve associado ao somatotipo, sendo inversa a relação entre HDL e mesomorfia (BOLONCHUK *et al.*, 2000).

Em atletas de *rugby*, foi avaliado o efeito da suplementação alimentar e dieta individualizada sobre o somatotipo ideal para este esporte. Observou-se que maior ingestão de carboidrato e menor de lipídeo proporcionou maior frequência de meso-endomórficos. A suplementação proteica, no entanto, não influenciou no resultado (POLIDORI, 2005).

Muitos estudos, partindo do princípio genotípico, buscam ainda associações entre doenças e somatotipo. Em virtude das restrições de espaço editorial, entretanto, explana-se sucintamente o tema, direcionando-o, especificamente, à Nutrição.

Em idosos, por exemplo, pesquisa constatou associação direta entre pressão arterial, endomorfia e mesomorfia, e inversa para ectomorfia (HERRERA *et al.*, 2004). Em outro estudo, feito com diabéticos do tipo 2, foi observado predomínio da endomorfia em ambos gêneros, sendo significativamente menor a mesomorfia em homens, quando comparado ao grupo-controle (BUFFA *et al.*, 2007b). São inconclusivas, entretanto, as correlações do somatotipo com os hormônios do crescimento e fatores de crescimento ligados à insulina em mulheres adultas diabéticas (SCHERNHAMMER *et al.*, 2007).

O somatotipo endomorfo mesomórfico está relacionado à maior prevalência de doenças digestivas, neurose e radiculite lombossacral. Maiores expressões de endomorfia e/ou mesomorfia do que ectomorfia parecem estar vinculadas à hipertensão arterial e doenças hepáticas (KOLEVA; NACHEVA; BOEV, 2002).

Em síntese, percebe-se, mediante estes estudos, que a endomorfia é frequentemente relacionada ao maior peso corporal, menor satisfação com o corpo, maior nível de colesterol sérico e tendência à hipertensão arterial. Já a mesomorfia é associada a maior massa corporal, satisfação masculina com o corpo e maior

pressão arterial. A ectomorfia correlaciona-se com baixa gordura corporal, bons níveis de colesterol, baixa pressão sanguínea e maior satisfação feminina com a imagem corporal.

O QUE SE TEM A DIZER?

O tema abordado desperta interesse por ser aparentemente útil, principalmente pelo diferencial que pode imprimir à assistência nutricional.

Inicialmente, observa-se que a elaboração científica sobre somatotipo e antropometria, imagem corporal e doenças é consistente e aponta novas conexões para o entendimento do estado de saúde e avaliação nutricional das pessoas.

O somatotipo, entretanto, é pouco estudado e utilizado na área da saúde pública e clínica. Provavelmente, por ser um método que requer medidas antropométricas adicionais (diâmetros e dobras cutâneas), exigindo maior treinamento e tempo de aplicação; e/ou em razão da expectativa de mais pesquisas sobre o assunto, criando um ciclo vicioso em torno da falta de produção científica.

Com amparo no que se produz no meio acadêmico, a avaliação somatotipológica parece ser um meio complementar e mais explicativo do que outras variáveis antropométricas tradicionalmente utilizadas na prevenção e monitoramento nutricional dos agravos à saúde, como o IMC, por exemplo. Estudos revelam que este índice é bastante limitado no que diz respeito à avaliação da composição corporal, principalmente por não mensurar a massa gorda e sua distribuição corporal.

A abordagem do somatotipo também direciona novas perspectivas para o dimensionamento dos limites e possibilidades da intervenção nutricional, no que tange à modificação da composição corporal da pessoa, considerando fatores genéticos e ambientais na definição da morfologia corporal.

Chamou a atenção em face da diminuta produção científica sobre somatotipo e nutrição, o fato de que os conhecimentos veiculados pelos *sites/blogs* são numerosos. A maioria, quando comparada às informações referenciadas (2; 15) ou mesmo escritas por professores universitários e profissionais da saúde (1; 6; 8; 12; 26), expressa coerência e congruência, especialmente se tratando daqueles ligados ao esporte. Desse modo, é provável que as informações não referenciadas resultem da leitura acadêmica, revelando um problema de práxis científica.

Com relação às orientações sobre alimentação, nota-se um foco nas recomendações de consumo de nutrientes, frequência e horários de refeições. A temática comportamento alimentar é minimamente referida, o que não se contrapõe à abordagem nutricional dominante no campo científico da Nutrição.

Assim, o predomínio das recomendações prescritas pelos *sites* e *blogs* sobre consumo de macronutrientes mereceu análise mais detida. Na Tabela 1, estão as variações das recomendações para carboidratos, proteínas e lipídeos *versus* as preconizações de distribuição percentual para ingestão de macronutrientes (*Acceptable Macronutrient Distribution Ranges - AMDR*) para adultos saudáveis (IOM, 2005). Tomando a AMDR como referência científica, observam-se inadequações no percentual de carboidrato para mesomorfos e lipídeo para endomorfos e mesomorfos.

Tabela 1. Recomendação dos *sites* e *blogs* para ingestão percentual de nutrientes segundo somatotipo e preconizações AMDR* para adultos. Fortaleza, 2011.

AMDR	Somatotipo		
	Endomorfo	Mesomorfo	Ectomorfo
Carboidrato 45 – 65%	45-50%	60%	50%
	55%	60%	50%
	-	40%	50%
Proteína 10 – 35%	25%	15%	20%
	30%	15-20%	30%
	-	30%	25%
Lípídeo 20 – 35%	25-30%	25%	30%
	15%	20-25%	20%
	15-20%	30%	25%
	-	40%	-

**Acceptable Macronutrient Distribution Ranges.*

Quando as recomendações são analisadas por diretriz específica para atletas (SBME, 2009), é notório que a orientação de 53,33 Kcal/Kg peso para ectomorfos extrapola a preconização de 30 a 50 Kcal/Kg peso. Portanto, a dieta de baixo valor calórico indicada para endomorfos pode acarretar problemas à saúde e ao desempenho esportivo. Observamos, também, que todas as recomendações para carboidratos são inferiores a 60-70% das calorias diárias, exceto duas indicadas para mesomorfos. A ingestão proteica de 2,2 ou 3,33 g/Kg peso, mesmo objetivando hipertrofia muscular, supera diretriz de 1,6 a 1,8 g/Kg peso. Para lipídeos, há várias orientações contrárias à determinação de 30% do valor calórico total. Para endomorfos, cuja prescrição foi redução lipídica, duas delas atingem o limite inferior de 15%.

Destaca-se o fato de que todas as informações veiculadas, legítimas ou não, são tecnicistas e biológicas, baseadas na fisiologia e composição corporal, generalizando os sujeitos. Não focam a singularidade das pessoas nas escolhas alimentares que fazem por influência genética e ambiental (WARDLE; COOKE, 2008), desconsiderando o papel afetivo, sociocultural, bem como o prazer hedônico da comida. Há, com isto, perda importante do complexo espectro das manifestações humanas, que podem auxiliar a compreensão dos fenômenos de saúde e nutrição.

Os *sites/blogs*, embora propaguem algumas questões sobre características comportamentais próprias de cada somatótipo, contraditoriamente, se esquecem completamente de tais particularidades em suas orientações sobre alimentação. Isto fica nítido quando estabelecem frequência e horários fixos para refeição para todos os tipos de pessoas.

Por outro lado, apesar de exporem algumas considerações psicológicas precipitadas ou indevidas, por negligenciarem, aparentemente, os diversos determinantes do comportamento individual, como o convívio social (SKINNER, 1981), observa-se que tais informes encontram embasamento científico quanto à influência genética sob a personalidade dos sujeitos (DAL-FARRA; PRATES, 2004). A questão é qual desses determinantes pesa mais na constituição do comportamento humano.

Como antecipado, na atualidade pouco se fala, à luz da Ciência, sobre as variáveis inseridas na relação somatotipo/temperamento/comportamento, seja refutando-os ou confirmando-os.

Em discussões acadêmicas sobre somatotipo, estimuladas pelas autoras deste capítulo, aparecem espontâneas identificações de alunos, profissionais e professores aos muitos aspectos comportamentais associados ao somatotipo. Também surgem ques-

tionamentos: as associações comportamentais não seriam um meio de rotular pessoas com características físicas semelhantes, de modo análogo ao horóscopo? Por que não desenvolver estudos associativos entre somatotipo e comportamento alimentar e outras variáveis de interesse para Nutrição (perfis bioquímicos e metabólicos), semelhante ao que já ocorre com doença e esporte? Não para estabelecer relações causais, mas esclarecer possíveis tendências e propensões individuais em função do tipo físico, geneticamente determinado.

Na análise desse tema intrigante e movediço, é interessante notar que, embora os postulados sheldianos estejam presentes em toda a fundamentação da somatotipologia atual, o seu uso só está validado na avaliação objetiva do ser, ficando em aberto as questões subjetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo representa, possivelmente, uma das primeiras abordagens críticas da temática somatotipo no campo da Nutrição. O propósito é situá-la na pauta das discussões científicas, estimulando o debate, mais pesquisas e a produção do saber dos especialistas sobre o assunto.

A análise da maioria das informações nutricionais discutidas mostra coerência com as recomendações científicas, principalmente para não atletas – a fim de contestar os postulados incoerentes vinculados ao discurso do somatotipo é preciso ter maturidade intelectual e domínio de assuntos relacionados às diversas áreas, como Nutrição, Esporte, Psicologia, Genética e Fisiologia; ou seja, a apropriação da informação correta fica, na maioria das

vezes, relegada ao acaso. Tal risco pode ser minimizado quando os cientistas começarem a estudar, discutir, pesquisar e se posicionar mais sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

BAHRAM, A.; SHAFIZADEH, M. A comparative and correlational study of the body-image in active and inactive adults and with body composition and somatotype. **Journal of Applied Sciences**, v. 6, n. 11, p. 2456-60, 2006.

BOLONCHUK, W. W. *et al.* Association of dominant somatotype of men with body structure, function during exercise, and nutritional assessment. **American Journal of Human Biology**, v. 12, n. 2, p.167-80, 2000.

BUFFA, R. *et al.* Somatotype in elderly type 2 diabetes patients. **Collegium Antropologicum**, v. 31, n. 3, p. 733-7, 2007b.

BUFFA, R. *et al.* Somatotype in alzheimer's disease. **Gerontology**, v. 53, n. 4, p.200-4, 2007a.

CARTER, J. E. L.; HEATH, B. H. **Somatotyping** - development and applications. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2005.

CHRZANOWSKA, M. *et al.* Is there a relationship between body build and the serum level of cholesterol and triglycerides in women? **Przegląd Antropologiczny**, v. 69, p. 37-47, 2006.

DAL-FARRA, R. A.; PRATES, E. J. A psicologia face aos novos progressos da genética humana. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 94-107, 2004.

HERRERA, H. *et al.* Relationship between somatotype and blood pressure in a group of institutionalized Venezuelan elders. **Gerontology**, v. 50, n. 4, p. 223-9, 2004.

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. Macronutrients and healthful diets. In: **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids**. Washington: National Academies Press; 2005. p. 769-879.

KOLEVA, M.; NACHEVA, A.; BOEV, M. Somatotype and disease prevalence in adults [abstract]. **Reviews on Environmental Health**, v. 17, n. 1, p. 65-84, 2002.

LINHARES, R. V. *et al.* Efeitos da maturação sexual na composição corporal, nos dermatóglifos, no somatótipo e nas qualidades físicas básicas de adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 47-54, 2009.

MAIA, J. A. R. *et al.* Fatores genéticos na variação interfratrias das componentes do somatótipo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 21, n. 1, p. 49-60, 2007.

MARGINET, M. C. *et al.* Valoración nutricional de los hábitos alimentarios en jóvenes esgrimistas de competición. **Apunts Medicina de L'esport**, v. 43, n.159, p. 118-26, 2008.

MERCANTI, L. B. *et al.* Dermatoglifia e composição corporal em apnéia obstrutiva do sono. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n.3-B, p. 858-64, 2004.

POLIDORI, S. I. La influencia de la alimentación y la suplementación asistencia nutricional al seleccionado mayor de rugby de Córdoba durante el campeonato argentino 2002 y en el somatotipo de Heath y Carter. **RNC**, v. XIV, n. 4, p.113-7, 2005.

REIS, V. M. *et al.* Evidence for higher heritability of somatotype compared to body mass index in female twins. **Journal of Physiological Anthropology**, v. 26, n. 1, p. 9-14, 2007.

RONCO, A. L. *et al.* Somatotype and risk of breast cancer: a case-control study in Uruguay. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 215-27, 2008.

SAITOGLU, M. *et al.* Osteoporosis risk factors and association with somatotypes in males. **Archives of Medical Research**, v. 38, n. 7, p. 746-51, 2007.

SCHERNHAMMER, E. S. *et al.* Body shape throughout life and correlations with IGFs and GH. **Endocrine-Related Cancer**, v. 14, p. 721-32, 2007.

SHELDON, W. H. **The varieties of temperament**: a psychology of constitutional differences. 1st ed. New York: Harper & Brothers; 1942.

SINGH, S. P. Somatotype and disease - a review. In: BHASIN V, BHASIN MK. **Anthropology today**: trends, scope and applications [Internet]. 1st ed. Delhi: Kamla-Raj Enterprises; 2007 [cited 2011 Sept 20]. Available from: <www.krepublishers.com/06-Special%20Volume-Journal/T-Anth-00-Special%20Volumes/T-Anth-SI-03-Anth-Today-Web/Anth-SI-03-22-Singh-S-P/Anth-SI-03-22-Singh-S-P-Tt.pdf>.

SKINNER, B. F. Selection by consequences. **Science**, v. 213, n. 4507, p. 501-4, 1981.

SBME. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DO ESPORTE. Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** [Internet]. 2009 [Acesso em: 2011 set 20]; 15(3 suppl. 0):2-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517=86922009000400001-&lng=en>.

SPORIS, G. *et al.* Impact of body composition on performance in fitness tests among personnel of the Croatian navy. **Collegium Anthropologicum**, v. 35, n. 2, p. 335-9, 2011.

STEWART, A. D. *et al.* Body image perception, satisfaction and somatotype in male and female athletes and non-athletes: results using a novel morphing technique. **Journal of Sports Sciences**, v. 21, n. 10, p. 815-23, 2003.

WARDLE, J.; COOKE, L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. **British Journal of Nutrition**, v. 99 Suppl 1, p. S15-21, 2008.

A PESQUISA PARTICIPANTE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL⁵

Maria Cecília Oliveira da Costa

Maria Marlene Marques Ávila

Márcia Andrea Barros Moura Fé

Daniela Vasconcelos de Azevedo

Sônia Samara Fonseca de Morais

5 Pesquisa financiada pelo CNPq. Edital Universal 14/2011.

INTRODUÇÃO

No ano de 2006, o Governo brasileiro instituiu a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que reconhece a alimentação como direito efetivado mediante a garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN) de todos os brasileiros, sendo a SAN compreendida como

[...] garantia do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e seja social, econômica e ambientalmente sustentável. (BRASIL, 2006).

Segundo o IBGE (2010), 65,6 milhões de pessoas residentes em 17,7 milhões de domicílios brasileiros enfrentaram algum tipo de dificuldade para se alimentar no período de 2004 a 2009. Destes, 11,2 milhões viviam em situação de insegurança alimentar grave, o que contribui para potencializar o risco de doenças. O Ceará ocupa a 3ª posição no que concerne aos piores índices de insegurança alimentar de todo o Brasil. Cerca de 4,5 milhões de cearenses enfrentam algum tipo de restrição alimentar, dos quais 48,3% domicílios vivem em nesta situação.

Estes dados revelam a necessidade de ações públicas capazes de garantir a realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA), direito fundamental de todos e que diz respeito à própria dignidade da pessoa humana sendo indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal.

Os princípios de SAN abrangem desde a ampliação das condições de acesso aos alimentos; conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos; promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, até a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos; implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, e a produção de conhecimento e acesso à informação (BRASIL, 2006).

Segundo Leão (2013), a segurança alimentar, por si, é insuficiente para dar conta da segurança nutricional, em virtude da complexidade dessa dimensão. As políticas para a garantia de SAN devem conter ações de promoção da saúde que cubram a disponibilidade, produção, comercialização e acesso aos alimentos e também as práticas alimentares e utilização biológica dos nutrientes; e, ainda que não seja de simples execução, as políticas de SAN devem ser intersetoriais, sendo necessária uma mobilização de vários setores da sociedade, tanto do governo, quanto da sociedade.

Outro importante princípio da política de SAN é a participação social, cuja realização requer da população autonomia e organização comunitária, sendo coadjuvantes na elaboração e execução das ações públicas. Um dos aspectos fundamentais nesse processo diz respeito às possibilidades que a ação local tem de fomentar a formação de alianças capazes de ampliar o debate sobre os determinantes sociais de saúde e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. Com isso se cria a possibilidade de ampliação da autonomia pessoal e coletiva das pessoas e grupos sociais, fortalecendo a consciência de cidadania, principalmente daqueles submetidos às situações adversas, como opressão, discriminação e dominação social, constituindo-se assim o que se pode chamar de empoderamento das pessoas.

O trabalho comunitário que busca o empoderamento contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que este promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório em todas as relações sociais e essencialmente confere poder ao sujeito social envolvido (BECKER *et al.*, 2004).

Em uma dimensão mais abrangente, levada às práticas de saúde, o conceito do empoderamento implica que as pessoas ampliem o controle sobre as próprias vidas mediante a participação, na busca de transformações em sua realidade social e política. Efetivamente, a participação em saúde relaciona-se intimamente com a promoção à saúde, pois constitui instrumento de capacitação pessoal para aumentar o controle sobre suas vidas e, conseqüentemente, sobre os determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007).

Em tais reflexões, situa-se a proposição desse estudo, motivado na experiência com o projeto de extensão “Projeto aproveitamento de frutas e hortaliças da região subserrana do Maciço de Baturité – uma solução caseira”, realizado pela Pró-Reitora de Extensão da Universidade Estadual do Ceará (UECE) na Estação Experimental de Pacoti, envolvendo professores e estudantes dos cursos de Biologia e Nutrição, agricultores familiares, agentes pastorais e líderes comunitários desse município serrano cearense.

Na oficina “Cidadania e Segurança Alimentar e Nutricional”, realizada no referido projeto, os participantes apontaram diversos problemas enfrentados pela população no Município, entre eles falta de saneamento básico; graves problemas relacionados à preservação do rio Pacoti, fonte de água para muitas famílias no Município; destinação e tratamento inadequados do lixo; falta de vigilância sanitária sobre o comércio dos alimentos; falta de segurança pública, deficiência de espaços de lazer adequado para as crianças.

Há o reconhecimento de que toda essa problemática se reflete na saúde da população, no entanto, o serviço de saúde não lida com tais temáticas no cotidiano do atendimento. Além disso, a maioria da população não compreende a importância das ações individuais para a soma das ações coletivas que poderiam intervir nos problemas identificados, principalmente no concernente à questão ambiental.

Assim, a realização deste estudo foi motivada pela possibilidade de provocar as lideranças comunitárias em Pacoti para atuarem em práticas de Promoção da Saúde e segurança alimentar e nutricional nas comunidades urbanas e rurais do Município, com base na maior compreensão sobre os condicionantes sociais da saúde e de estratégias para a sua superação.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo, caracterizado como pesquisa participante, se realizou no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014, e teve como sujeitos as famílias da localidade de Rolador, na zona rural, distante seis km da Sede do Município. Contou com o apoio da Pro-Reitoria de Extensão da UECE (PROEX).

O Município de Pacoti localiza-se na microrregião do Maciço de Baturité no Ceará, em uma Área de Proteção Ambiental - APA de Baturité, e dista 95 km de Fortaleza, com área 111,959 km² e população estimada pelo IBGE em 11.473 habitantes, em 2008, sendo 59,8% do sexo feminino em idade fértil. O território do Município está dividido em quatro distritos: Sede, Colina, Santana e Vila de Fátima. Limita-se ao norte com Palmácia, ao

sul com Guaramiranga, ao leste com Redenção e ao oeste com Baturité. Tem como produção agrícola chuchu, banana, café, milho, feijão e cana-de-açúcar e na pecuária a criação de bovinos, suínos e aves (CEARÁ, 2009).

Foram sujeitos do estudo: 25 pessoas da comunidade de Rolador, localidade rural de Pacoti; seis pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e dois da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); no primeiro ano a pesquisa contou com duas bolsistas de extensão e uma bolsista de iniciação científica, alunas do Curso de Nutrição da UECE e três discentes voluntárias do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza.

A escolha da pesquisa participante (PP) decorreu de a motivação da pesquisa proceder da discussão por um grupo de moradores locais e pesquisadores quanto aos fatores determinantes da segurança alimentar no Município; ocasião em que o grupo demonstrou reconhecer serem tais fatores relacionados à profunda desigualdade social, apenas passíveis de mudanças mediante a ação governamental, sendo a participação popular instigadora desta ação. Quando surgiu a oportunidade de realizar a pesquisa mediante seu financiamento pelo CNPq, o caminho estava indicado.

Conforme Brandão (1999) e Demo (1993), a PP se relaciona estreitamente com as lutas populares, produzindo um compromisso com a política, que define seus campos de atuação, e com as transformações sociais. Sendo considerado um movimento de transformação do conhecimento, há nessa abordagem uma redefinição da figura do pesquisador, que tem como tarefas centrais: conhecer, denunciar e agir. Dessa forma, a população pesquisada envolve-se na investigação juntamente com o pesquisador e, ambos, formam um só *corpus* na busca do conhecimento, levando à ação transformadora.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira constou do diagnóstico por meio de visitas rotineiras aos principais aparelhos sociais do Município (hospital, mercado público, estação ecológica, igreja); visitas a domicílios e reuniões com lideranças comunitárias e políticas, famílias, Secretaria da Ação Social, um representante da Secretaria de Educação e a coordenadora local da atenção básica em saúde.

Também se procedeu a uma busca nos sistemas de informação e bases de dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), objetivando traçar o panorama do Município em relação ao perfil epidemiológico, dados sociodemográficos, econômicos, produção, distribuição e comercialização dos alimentos.

O objetivo desta etapa foi o reconhecimento local, buscando identificar os principais fatores relacionados a saúde e segurança alimentar e nutricional, discutir os achados com a população e elencar os problemas tidos por esta como prioritários, o que foi realizado por meio de uma oficina em três localidades do Município, ocasião em que também foi exposto e discutido todo o procedimento referente à operacionalização da pesquisa e buscada a parceria com os agentes sociais locais.

Salienta-se que, na primeira etapa, participou um número maior de famílias, bem como dos técnicos da Secretaria de Ação Social, única instituição que durante toda a etapa do diagnóstico, efetivamente, deu apoio à equipe de pesquisadores.

Como resultado da oficina de debate do diagnóstico, foram considerados os principais problemas: a poluição do rio Pacoti; a deficiência do saneamento básico, principalmente abastecimento de água potável e coleta do lixo; a falta de opções de lazer

e de oportunidades de formação profissional para os jovens; a deficiência da atividade de vigilância sanitária no comércio local, sendo mais grave a situação do mercado público.

Encerrado o diagnóstico e reunidas as prioridades, era o momento de se iniciar a segunda etapa, que se denomina intervenção educativa, momento de discussão dos problemas, sempre realizada por meio de oficinas, em que os pesquisadores como mediadores da discussão, ao mesmo tempo em que buscavam perceber os problemas do ponto de vista da comunidade, a instigava a debater possíveis soluções e formas de encaminhamento para sua superação.

Nesta etapa, houve um momento de desestímulo da equipe, pois um bom número de pessoas que se envolveram no diagnóstico cessaram a participação, entre estas os apoiadores institucionais, fato em parte decorrente de ser ano de eleição, o que impunha outros compromissos aos servidores municipais. Em consequência, a proposta inicial de se realizar o estudo em três localidades se reduziu à localidade de Rolador, onde ocorreu maior adesão das famílias, principalmente das mulheres e jovens.

Mediante este fato a equipe decidiu retomar a discussão do diagnóstico com a comunidade do Rolador, como forma de garantir que a priorização dos problemas anteriormente feita com um grupo maior de participantes se manteria. Como resultado, surgiram algumas novas questões: a falta de creche em horário integral e a informalidade da atividade de produção e venda de alimentos, fonte de renda de algumas mulheres da comunidade, que a praticavam principalmente nos finais de semana, período em que a cidade, por ser uma região de turismo serrano, recebe bastantes visitantes.

O desafio que então se impôs foi na elaboração de conhecimentos, trazer para a discussão o entendimento da relação destes fatores com a segurança alimentar e nutricional, e, ao mesmo tempo, favorecer a reflexão sobre possíveis estratégias de superação, de forma a não frustrar a expectativa da comunidade relacionada às possibilidades de encaminhamentos.

Assim, foi discutida a realização de dois momentos formativos, o primeiro sobre direitos sociais, com ênfase para o direito a alimentação adequada, e o segundo envolvendo a Educação Ambiental.

A formação sobre os direitos sociais foi realizada por meio de quatro oficinas. Além das oficinas, foi realizada uma palestra sobre empreendedorismo, ministrada por um técnico do Serviço Brasileiro de Apoio a Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE).

Para a formação sobre Educação Ambiental, foram realizadas três oficinas que contaram com a colaboração de um técnico da Secretaria de Meio Ambiente do Estado do Ceará (SEMACE).

Os encontros formativos ocorreram na creche da comunidade, com intervalos quinzenais, e tiveram, de forma constante, 25 participantes entre mulheres e jovens e a participação eventual do presidente da Associação de Moradores de Rolador.

RESULTADOS

Considera-se como resultados do estudo a capacitação da equipe de pesquisadores na metodologia proposta pelo projeto. Dessa forma, inicia-se o relato dos resultados, informando sobre essa ação, realizada em dois momentos - no primeiro ocorreu a discussão teórica e no segundo a inserção no campo da pesquisa.

1º. Momento: realização de três oficinas de capacitação dos facilitadores, com a participação dos professores e dos estudantes da UECE e da UNIFOR. A primeira oficina teve como tema a educação emancipadora discutida por meio dos textos “Educação popular em busca de alternativas: uma análise desde o campo democrático popular” (PALUDO, 2001) e “A educação popular na escola cidadã” (BRANDÃO, 2002), ambos de inspiração freireana. As duas oficinas seguintes foram dedicadas ao estudo da pesquisa participante, tendo como subsídio teórico o livro “Pesquisa participante” (BRANDÃO, 1999) e “Pesquisa participante: pensar e intervir juntos”. (DEMO, 2004).

2º. Momento: Inserção no campo e adesão dos agentes locais.

Inicialmente a inserção no campo teve como objetivo conhecer a zona urbana do Município, ocasião em que foram feitas as visitas ao comércio local, igreja, secretarias da administração municipal, mercado público, hospital, além das reuniões com os agentes sociais locais. Paralelamente às visitas ao Município, se coletavam os dados para o diagnóstico. Esse foi um momento de grande aprendizado, principalmente para as estudantes, desconhecedoras das condições de vida e determinantes de saúde das populações dos municípios do interior do Estado.

DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO DE PACOTI

Os dados do diagnóstico, tanto das visitas de campo quanto dos documentos oficiais (IBGE e IPECE), foram sistematizados e discutidos numa reunião com a participação das facilitadoras, famílias e lideranças comunitárias, sendo alguns dados considerados pelos moradores locais como surpreendentes (Quadro 1).

Quadro 01. Aspectos sociodemográficos e econômicos do Município de Pacoti-CE.

QUADRO I				
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS			INFRAESTRUTURA	
			SANEAMENTO	
DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO 2010		DISCRIMI-NAÇÃO	ABASTECI-MENTO DE AGUA - 2012
	Nº	%	LIGAÇÕES REAIS	962
TOTAL	11.607	100,00	LIGAÇÕES ATIVAS	890
URBANA	4.745	40,88	VOLUME PRO-DUZIDO (M3)	103.560
RURAL	6.862	59,12	TAXA DE COBERTURA D'ÁGUA URBANA (%) (1)	97,26
MULHER	5.757	50,40	DISCRIMI-NAÇÃO	ESGOTAMEN-TO SANI-TÁRIO - 2012
HOMEM	5.850	49,60	LIGAÇÕES REAIS	793
TOTAL DE CRI-ANÇAS EM IDADE ESCOLAR	3.538		LIGAÇÕES ATIVAS	717
			TAXA DE COBERTURA URBANA DE ESGOTO (%) (1)	73,96
TOTAL DE PES-SOAS IDOSAS	1.326		RECURSOS HÍDRICOS	01 ADUTORA E 32 POÇOS.
DENSIDADE DEMOGRÁFICA (HAB/KM ²)	105,92		ENERGIA ELÉTRICA	
SAÚDE			DISCRIMI-NAÇÃO	Nº %

QUADRO I					
PRESTADOR	UNIDADES DE SAÚDE LIGADAS AO SUS		TOTAL	3.054	100,00
	Nº	%	COM ENERGIA ELÉTRICA	3.023	98,98
TOTAL	13	100,00	SEM ENERGIA ELÉTRICA	31	
PÚBLICA	13	100,00	ECONOMIA		
PRIVADA	-	-	DISCRIMINAÇÃO	PRODUTO INTERNO BRUTO - 2010	
DISCRIMINAÇÃO	INDICADORES DE SAÚDE		PIB A PREÇOS DE MERCADO (R\$ MIL)	55.036	
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	6,45		PIB PER CAPITA (R\$ 1,00)	4.742	
Excesso de peso (mulheres 20 a 60 anos)	55,5%		PIB POR SETOR (%)		
Cobertura PSF	100%		AGROPECUÁRIA	23,35	
EDUCAÇÃO			INDÚSTRIA	9,52	
DISCRIMINAÇÃO	ENSINO			SERVIÇOS	67,13
	FUNDAMENTAL	MÉDIO			
Escolarização líquida	88,43	43,52			
Aprovação	90,83	90,45			
Reprovação	7,38	5,89			
Abandono	1,78	3,66			

ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO		
ÍNDICES	VALOR	POSIÇÃO NO RANKING
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL (IDM) – 2010	27,50	45
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) – 2010	0,635	42
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE OFERTA (IDS-O) – 2009	0,548	1
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE RESULTADO (IDS-R) – 2009	0,605	8

Fonte: IPECE (2012); IBGE (2010).

INSERÇÃO NA COMUNIDADE DO ROLADOR

Após o reconhecimento da área urbana, foi realizada a inserção em Rolador, distante seis quilômetros da Sede, sendo alguns trechos do acesso bastante acidentados. A localidade, de clima agradável e povo acolhedor, se divide em Rolador de cima e Rolador de baixo. Possui uma vista belíssima da região serrana.

No local residem cerca de 700 famílias e o núcleo central do povoado constitui-se praticamente de uma rua de casas, alternando-se entre elas um pequeno posto de saúde, a associação de moradores, um mercadinho que tem à frente uma pequena igreja e mais adiante a creche infantil. As melhores casas da localidade não são da população nativa, mas de visitantes de fins de semana, por ser ali região de grande projeção no turismo cearense.

Os jovens e crianças maiores deslocam-se em transporte escolar municipal para as escolas que ficam na Sede. As mulheres trabalham na agricultura, em casas das redondezas como diaristas, em pousadas e hotéis nas proximidades; o presidente da associação de moradores é pedreiro.

É uma população que cultiva a religiosidade desde a criação do povoado pelos padres que migraram para essa região no século XIX, durante a 1ª Guerra Mundial. Tanto é que, nos encontros para as oficinas dos cursos ministrados, foi preservado o sábado das celebrações das missas que acontecem uma vez no mês.

Para o reconhecimento da localidade, costumes, cultura, durante uma semana, a equipe de pesquisadores visitou casas de moradores locais, contando com o apoio de duas moradoras que facilitaram o acesso às famílias, identificando aquelas mais acessíveis, melhor horário para a visita e acompanhando a equipe.

Durante as conversas informais nas visitas domiciliares, as pessoas manifestaram o desejo de uma educação de qualidade para toda a população local, o interesse em acabar com a miséria, pois ainda há pessoas na comunidade que mora “emprestado” ou “de favor” na casa dos outros, falta trabalho para muitos, também são problemas referidos pelos moradores o desemprego e a falta de segurança pública.

Em relação aos aspectos mais específicos de saúde, conforme o relato de algumas mulheres, no Rolador, os jovens são vulneráveis ao contato com drogas e gravidez na adolescência; os idosos sofrem de hipertensão, sendo o controle desse agravo de controle difícil por parte da equipe de Saúde da Família; a alimentação preferida dos adolescentes é a comida pronta como o macarrão instantâneo; poucos são os que trabalham, existem muitos aposentados que ajudam aos filhos que já constituíram família e a maior quantia de dinheiro que circula na localidade vem do programa Bolsa Família do Governo Federal.

Realização das oficinas: O referencial da intervenção educativa realizada foi a educação popular em saúde, que prioriza a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação educador/educando. Valorizam-se as trocas interpessoais e as iniciativas da população. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O educando é reconhecido como sujeito portador de um saber e capaz de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005). Sob essa proposição, vislumbra-se a possibilidade do envolvimento do trabalho popular na produção de conhecimento sobre a condição de vida do povo (BRANDÃO, 1999). Dessa forma delineou-se o percurso para se trabalhar os problemas prioritários identificados na localidade de Rolador.

CURSO DE DIREITOS SOCIAIS E CIDADANIA

Este curso foi realizado em quatro oficinas com os conteúdos trabalhados de forma participativa. Foram subsídios teóricos: cidadania e participação, compromisso e responsabilidade, moradia, saúde, trabalho decente, meio ambiente saudável (DENZ e CAMELO, 2013; SANTOS, 2013). Na primeira oficina, os participantes trabalharam em grupos no conceito de direitos humanos e mostraram os resultados em plenária, com a fundamentação nas principais dificuldades vivenciadas na comunidade de Rolador.

Na segunda oficina, os grupos identificaram práticas, atitudes e comportamentos que permeiam a vida na comunidade. Destacaram os direitos humanos fundamentais com cartazes ilustrados e indicaram os seguintes temas: a vida como um direito; o direito a uma alimentação saudável; a saúde como um direito; o

direito a moradia; o direito a educação para todos; o direito a um meio ambiente saudável e o direito de participar.

Na terceira oficina foi trabalhada a possibilidade de concretização desses direitos na comunidade. Com a elaboração coletiva, destacaram-se o direito a educação, o direito a uma alimentação saudável e o direito a um meio ambiente saudável. Este último inspirou o tema do segundo curso, dada a complexidade ambiental do território em que se insere a localidade de Rolador, uma área de preservação ambiental.

A quarta oficina do curso instigou os participantes quanto aos fatores que facilitam ou dificultam a realização dos direitos, e também a pensarem como a comunidade pode contribuir para ensejar ações práticas na solução dos problemas. Para citar um exemplo das respostas dos pesquisados, uma solução seria “montar na comunidade um negócio para vender comida como doces, salgados e bolos”. Para alcançar esse propósito, no entanto, teriam que vencer barreiras superáveis do tipo: “vencer os medos pessoais de cada um”; “a falta de comunicação”; “a falta de crença em nossa própria competência”; “muitas vezes a falta de oportunidades ou motivação”; “a falta de união entre as pessoas”. Para as barreiras insuperáveis, ou seja, que a comunidade jamais superaria com os recursos de que dispõe: “o local apropriado para montar um negócio”; “a falta de recursos financeiros”.

A metodologia das oficinas seguiu o mesmo percurso em todos os encontros, dinâmica inicial visando à descontração e socialização, reunião em grupos e a discussão em plenária. São percepções do grupo que merecem destaque:

- Referência ao direito à educação: “esse é um direito nosso”; “buscamos qualidade na educação”; “os políticos escondem de nós os nossos direitos”; “em Rolador só funciona uma creche

quatro horas no dia e queremos o tempo integral”; “já a quantidade de alunos no Ensino Fundamental não completam uma sala de aula porque menos de cinco alunos por sala faz com que as crianças vão estudar em Pacoti”, “a creche só funciona um turno porque não tem professor para o horário integral”.

- Direito ao lazer, destacado pelos jovens: “os jovens ficam com a mente desocupada, embora não se tenha casos de violência para registrar”; “em Rolador falta divertimento”; “é um direito da criança ter direito ao esporte”; “os jovens saem de casa à noite e vão beber”; “queremos um projeto de quadra de esportes”.

- Direito a alimentação, destacado pelas mulheres: “é preciso ter trabalho para comprar alimentação de qualidade”; “em Rolador ainda existem pessoas que passam necessidade de não ter o alimento em casa”; “tem casa com cinco a seis crianças que nem todo dia tem o que comer”.

- Direito ao abastecimento de água potável com regularidade: “a água chega às vezes, outras não”.

- Direito ao trabalho: “o trabalho tem sido uma porta fechada para os moradores de Rolador”; “para quem não trabalha na lavoura, não existem oportunidades”; “a qualificação para o trabalho não falta, falta mesmo é a oportunidade de trabalho, principalmente para os jovens”; “quem conhece um pouquinho daqui e um pouquinho dali acaba conseguindo algum trabalho”; “direitos humanos é ter um trabalho”.

- Percepção sobre a preservação da APA: “a lei do IBAMA diz que não pode derrubar uma árvore”, “não pode colocar roçado devido o desmatamento”, “os ricos chegam derrubam árvores e fazem casas, colocam placas, pagam e está tudo resolvido”.

Ações consequentes: conquista do funcionamento da creche em horário integral para as crianças de 2-5 anos, mediante abai-

xo-assinado pela comunidade, levado às secretarias de educação e ação social pelos representantes dos moradores e pelo presidente da Associação de Moradores de Rolador; regularização do abastecimento de água potável, por meio do pleito da comunidade mediado pelo presidente da Associação de Moradores; palestra sobre empreendedorismo ministrada por um técnico do Serviço Brasileiro de Apoio a Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), visando a esclarecer as mulheres que têm atividade informal de produção de alimentos, sobre os procedimentos para formalizar a atividade. Durante a palestra, o técnico cadastrou as interessadas em solicitar cursos de formação para pequenos negócios.

CURSO DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL

O curso se realizou por meio de três oficinas, sendo a primeira sobre “Direito ao Meio Ambiente Saudável”, a qual teve como objetivo compartilhar a compreensão do conhecimento de cada participante sobre o meio ambiente e reaver as demais experiências sobre os direitos nesse campo do conhecimento coletivo. A reflexão para recobrar a noção de direito ao meio ambiente saudável incluiu situações não identificadas pelo grupo em Rolador, mas que, *a priori*, haviam sido identificadas na inserção realizada na área urbana de Pacoti, a exemplo da questão do lixo, da preservação das fontes de água, da agricultura sustentável e da possibilidade de concretização desses direitos na comunidade e quais os fatores que facilitam ou dificultam a sua realização. Essa opção dos facilitadores decorreu da compreensão de que estes problemas identificados no diagnóstico inicial têm repercussões para as condições de vida de toda a região.

As duas oficinas que se seguiram foram facilitadas por um técnico do Conselho de Gestão do Meio Ambiente (CONPAN) responsável pela Educação Ambiental no Estado do Ceará, e

possibilitaram aprofundar a reflexão sobre os atuais interesses do Poder Público e da sociedade a respeito do problema ambiental.

Essa discussão foi iniciada no curso de direitos sociais, no momento em que os pesquisados levantaram a questão da ocupação do espaço considerado como área de proteção ambiental para a construção de moradia digna e para a agricultura como meio de sobrevivência dos moradores da localidade de Rolador. Todo esse trabalho serviu de incentivo aos moradores no reconhecimento da importância da preservação ambiental na localidade de Rolador e na identificação das situações que mais dificultam a relação com o meio ambiente para a sustentabilidade e sobrevivência da população nativa e demais ocupantes desse território.

Ações consequentes: regularização da coleta de lixo na localidade, conquistada mediante reiteradas solicitações das famílias, mediadas pelo presidente da Associação de Moradores.

Ao final da ação educativa os participantes receberam certificados da PROEX/UECE. Foram certificados 25 participantes do Curso de Direitos Sociais e 15 participantes do curso de Educação Ambiental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo trouxe ganhos para todas as pessoas. Para os pesquisadores o enriquecimento do conhecimento, a prática da pesquisa participante, inédita para alguns, mostrando toda a sua potencialidade, seja como estratégia metodológica, capaz de envolver pesquisandos e pesquisados nos caminhos possíveis para a superação das injustiças sociais, seja para desvelar as possibilidades do senso comum e da cientificidade na formação do conhecimento transformador.

As conquistas das famílias de Rolador representaram um pouco mais de qualidade de vida para aquela população que vive à margem das políticas sociais, e um profundo sentimento de responsabilidade social cumprida por parte dos pesquisadores, embora o reconhecimento de que não mínimo isso se mostra mediante as condições de vida daquela população, mas há de se reconhecer que sim, foi muito satisfatório saber que se contribuiu para tais conquistas.

Finalmente, a proposta do estudo foi realizada no período demarcado pelo edital de financiamento, no entanto o trabalho realizado impunha uma continuidade, expectativa criada tanto pelas famílias quanto pelos pesquisadores, num reconhecimento do muito que ainda havia a ser feito, no entanto, sem recursos financeiros, isso se mostrou inviável. Assim, mais uma lição do estudo foi mostrar como é prioritário a Universidade poder de fato cumprir seu papel social na promoção da justiça e equidade social, o que pode ser feito por meio de pequenas ações em termos de esforço laboral e custo, mas que se revelam grandes, pelos resultados produzidos.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005.

BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRANDÃO, C. R. **A educação popular na escola cidadã**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N. R.; BONATTO, D.; SOUZA, R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, jul/set 2004.

BRASIL . Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 2 junho 2014.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.16, n. 2, abr/jun 2007.

CEARÁ. **Perfil Básico Municipal**. Secretaria do Planejamento e Gestão / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. IPECE, 2012.

DEMO, P. **Pesquisa participante: pensar e intervir juntos**. Brasília: Liber Livro, 2004.

DENZ, C. CAMELO, M. **Cidadania e participação: Compromisso e responsabilidade**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/ Universidade Aberta do Nordeste, 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2004-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LEÃO, M. M. **O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas**: uma análise desde o campo democrático popular. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas Brasil 2013**. Brasília: PNUD/ IPEA / Fundação João Pinheiro.

SANTOS, E. A. de O. **A subsistência humana**: moradia, saúde, trabalho decente, meio ambiental saudável. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/ Universidade Aberta do Nordeste, 2013.

**FATORES QUE INFLUENCIAM
O DESMAME PRECOCE EM
LACTENTES: REVISÃO INTEGRATIVA
DE 2004 A 2014**

Renata Vasconcelos Ferreira

Rafaella Maria Monteiro Sampaio

Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

A importância do aleitamento materno é alvo cada vez mais de estudos. O leite humano é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes, garantindo proteção contra a desnutrição, diarreia e infecções respiratórias, diminuindo, assim, a mortalidade infantil. Isso fica comprovado em estudos feitos em países desenvolvidos, que mostram os benefícios do leite materno exclusivo para crianças até o sexto mês, evidenciando que crianças alimentadas com fórmulas infantis tem cinco vezes mais chance de hospitalização do que as amamentadas (VENÂNCIO; MONTEIRO, 1998).

Durante muito tempo, a amamentação foi a única forma de alimentação dos seres humanos nos primeiros meses de vida. Este processo natural e fundamental para o lactente, no entanto, recebe influência de vários fatores, como a introdução da mulher no mercado de trabalho, processos de industrialização que incentivam o uso de leite ou fórmulas lácteas, entre outros. Essas mudanças provocaram alterações desastrosas e preocupantes quanto aos índices de morbimortalidade infantil, principalmente em países não desenvolvidos (NEUTZLING, 1993).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É ato que envolve uma relação profunda entre mãe e filho e que reflete no estado nutricional da criança, em sua capacidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento físico e emocional (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para reduzir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Na década de 1960 e no início da década de 1970 estudos mostram que a prática do aleitamento materno estava em baixa, pela ausência de incentivo e apoio envolvendo aspectos culturais e regionais. Somente no final da década de 1970, iniciou-se o resgate, priorizando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses para as crianças, como medida para diminuir os índices de mortalidade infantil (ARANTES, 1995).

Mesmo distante da realidade que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza sobre generalização do aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses de vida, nos estudos que o Ministério da Saúde divulgou desde 1995 até 2009, já é possível notar uma melhora na prevalência do AME até os seis meses de idade. Denota-se uma ascensão significativa social e cultural em relação ao aleitamento materno decorrente do apoio do Governo Federal e a execução dos programas de incentivo ao aleitamento (BRASIL, 2009).

A amamentação depende de fatores que podem influenciar positivamente no seu sucesso. Alguns estão relacionados à própria mãe, sua personalidade e seu ponto de vista perante esse ato, ao passo se referem às condições de nascimento e ao período puerperal, trabalho materno, entre outros (FALEIROS; TREZZA, 2006).

No Brasil, mesmo existindo programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, ainda são vários os motivos que levam as mães ao desmame precoce, sendo algo preocupante, o que implica diretamente consequências na saúde da criança (BRASIL, 2009).

Parizotto e Zorzi (2008) acentuam que o desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida, sendo alegado algum motivo que ocorreu nesse período.

O desmame precoce caracteriza-se pela introdução de qualquer tipo de alimento ou bebida, incluindo água, chás ou sucos, na alimentação da criança, diminuindo a ingesta do leite materno.

Para Escobar e colaboradores (2002), é importante destacar e definir os motivos que levam ao desmame precoce, considerando, como principais fatores relacionados, o nível socioeconômico, o grau de escolaridade da mãe, a idade da mãe, o trabalho materno, a urbanização, as condições de parto, o incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar.

Consoante Carrascoza *et al.* (2007), outro fato importante é que a idade materna mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como: um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. As adolescentes muitas vezes aliam sua insegurança e falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação para o seu bebê à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio dessa idade e aos problemas com a autoimagem, alcançando, frequentemente, um menor índice de aleitamento.

Escobar *et al.* (2002) evidenciam ainda que, ao se referirem ao grau de instrução materna, estudos demonstram que esse fator afeta a motivação para amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, em decorrência, principalmente, da possibilidade de um maior acesso a informações sobre vantagens do aleitamento materno. Já em países em desenvolvimento, as mães de classes menos favorecidas e instruídas, frequentemente, não casadas, comecem o pré-natal mais tarde e, conseqüentemente, se preocupam em decidir sobre a forma de alimentação do bebê também mais tarde.

Em face de relevância do leite materno e da amamentação na saúde da criança, em adição aos esforços empreendidos para apoiar, promover e proteger a prática, torna-se importante conhecer a frequência do aleitamento materno na sua forma global e na modalidade exclusiva, bem como os fatores associados a essa prática alimentar.

Nesta perspectiva, buscou-se realizar um estudo bibliográfico por meio de uma revisão integrativa, visando a analisar os principais fatores que influenciam o desmame precoce em lactentes, fato este que se torna preocupante para saúde do lactente.

MÉTODO

Este é um estudo de revisão integrativa da literatura mais recente, de natureza descritiva, que realiza uma reflexão sobre os fatores que influenciam o desmame precoce em lactentes.

A revisão integrativa é um tipo de pesquisa que possibilita a síntese relacionada ao tema e aos tipos de abordagem já publicados por outros autores, permitindo a formação de mais conhecimentos resultantes de pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A origem da expressão revisão integrativa decorre da intenção de integrar opiniões, conceitos ou ideias oriundas de outras pesquisas. Além disso, para Whitemore e Knafl (2005), este tipo de revisão permite a inclusão de estudos que adotam metodologias diversas.

A busca de referências sobre a temática ocorreu no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados LILACS, utilizando-se os seguintes descritores, devidamente cadastrados na terminologia DeCs, e suas combinações: desmame, aleitamento materno e lactentes.

Para análise dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra em acesso aberto, publicações no período de 2004 a 2014, publicações originais, em Língua Portuguesa, de abordagem quantitativa e qualitativa, procedente de pesquisa de campo.

Foram excluídas teses, dissertações e monografias, além dos artigos não acessíveis em texto completo e artigos de revisão sistemática ou integrativa.

Ante os critérios estabelecidos, foram avaliados títulos e resumos de 113 publicações. Destes, 98 não privilegiavam os critérios de inclusão. Sendo assim, foram selecionados 15 artigos para se elaborar esta revisão.

A fim de organizar e compreender os artigos analisados, foram elaborados dois quadros. O quadro 01 contém os seguintes itens: tipo de estudo, ano de publicação, autores, título e objetivo do estudo. Com vistas a tornar possível a análise detalhada dos resultados de cada estudo selecionado, foi elaborado o quadro 02, contendo os itens população/amostra do estudo e principais resultados do estudo. Logo após, foram realizadas análises qualitativas de cada artigo, sendo os resultados descritos e relacionados com a literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, a amostra avaliada foi constituída por 15 artigos, dispostos em dois quadros (Quadro 01 e Quadro 02), com os seguintes tópicos, o quadro 01 contém tópicos como tipo de estudo, ano da publicação, nome dos autores, título do artigo e objetivo do estudo. Já os componentes do quadro 02 são a população/amostra do estudo e os principais resultados.

Os artigos escolhidos foram analisados de acordo com os critérios de inclusão, portanto, referentes aos últimos dez anos, com abordagens no Brasil, publicados em decorrência de pesquisa de campo, nomeados pelos editores de originais e completos.

De acordo com o ano de publicação, um artigo foi publicado em 2004, três em 2005, um em 2006, um em 2007, dois em 2008, um em 2010, dois em 2011, três em 2012 e um em 2013, demonstrando que há lacuna de publicações, portanto, há publicações no período de 2004 a 2013. Os tipos de estudos foram classificados em: oito transversais, uma regressão logística múltipla, dois estudos de coorte, um estudo de prevalência, um estudo transversal analítico, um estudo transversal feito por amostragem e um estudo longitudinal retrospectivo. Todos os escolhidos tinham abordagens quantitativas e qualitativas, como expresso nos critérios de inclusão.

Quadro 02: Artigos selecionados sobre fatores que levam ao desmame precoce, segundo o tipo de estudo, ano da publicação, autores, título da pesquisa e objetivos principais do estudo.

Tipo de estudo	Ano da Publicação	Autores	Título	Objetivo do Estudo
Estudo transversal	2013	Oliveira, M. G. O. A.; Lira, P. I. C.; Batista Filho, M.; Lima, M. C.	Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil.	Determinar a duração do aleitamento materno e verificar os fatores associados ao aleitamento exclusivo/predominante (AMEP), em crianças menores de dois anos de idade.
Análise de regressão logística múltipla	2012	Brasileiro, A. A.; Ambrosan, G. M. B.; Marba, S. T. M.; Possobon, R. F.	A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras	Analisar benefícios trabalhistas e fatores associados à manutenção dos índices de amamentação entre mães trabalhadoras.
Estudo transversal	2012	Giuliani, N. R.; Oliveira, J.; Santos, B. Z.; Bosco, V. L.	O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática.	Identificar as razões das mães de crianças de 6 a 12 meses de idade, em acompanhamento de puericultura na cidade de Florianópolis/SC, para a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes do sexto mês pós-parto (início do desmame precoce).
Estudo transversal	2012	Stephan, A. M. S.; Cavada, M. N.; Vilela, C. Z.	Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010.	Verificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) até a idade de seis meses, características maternas associadas e motivos para desmame precoce.

Tipo de estudo	Ano da Publicação	Autores	Título	Objetivo do Estudo
Estudo Transversal	2011	Sanches, M. T. C.; Buccini, G. S.; Gi- meno, S. G. A. Rosa, T. E. C.; Bonamigo, A. W.	Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica.	Identificar os fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva dos lactentes nascidos de baixo peso assistidos na Atenção Básica.
Estudo de coorte	2011	Martins, C. C.; Vieira, G. O.; Vieira, T. O.; Mendes, C. M. C.	Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte.	Identificar as características maternas e de assistência ao parto associadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de um mês.
Estudo de coorte	2010	Vieira, G. O.; Martins, C. C.; Vieira, T. O.; Oliveira, N. E.; Silva, L. R.	Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação.	Averiguar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação na cidade de Feira de Santana, BA.
Estudo longitudinal retrospectivos (coortes históricas)	2008	Alves, C. L. R.; Goulart, E. M. A.; Colosimo, E. A.; Goulart, L. M. H. F.	Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004.	Analisar comparativamente os fatores que interferiram na duração do aleitamento materno entre usuárias do Centro de Saúde São Marcos, Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 1980, 1986, 1992, 1998 e 2004.
Estudo transversal	2008	Saliba, N.A.; Zina, L.G.; Moimaz, S.A.S.; Saliba, O.	Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no Município de Araçatuba, São Paulo, Brasil.	Avaliar a prevalência do aleitamento materno em crianças assistidas em Araçatuba, São Paulo, Brasil.
Estudo transversal analítico	2007	França, G. V.A.; Brunken, G.S.; Silva, S.M.; Escuder, M.M.; Venancio, S.J.	Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso.	Avaliar os fatores de risco para a interrupção de aleitamento materno e desmame em crianças menores de um ano.

Tipo de estudo	Ano da Publicação	Autores	Título	Objetivo do Estudo
Estudo transversal	2006	Silveira, F. J. E.; Lamounier, A. J.	Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.	Identificar e analisar as variáveis associadas à menor duração do aleitamento materno em três municípios da região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.
Estudo de prevalência	2005	Oliveira, L. P. M.; Assis, A. M. O. G., Gecynalda, S. S.; Prado, M. S.; Barreto, M. L.	Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil.	Conhecer a duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil.
Estudo transversal	2005	Volpini, C. C. A.; Moura, E. A.	Determinantes do desmame precoce no distrito Noroeste de Campinas.	Investigar as características do desmame precoce no distrito Noroeste do Município de Campinas, SP.
Estudo transversal	2005	Vannuchi, M. T. O.; Thomson, Z; Escuder, M. M. L.; Tacla, M. T. G. M.; Vezozzo, K. M. K.; Castro, L. M. C. P.; Oliveira, M. M. B.; Venancio, S. I.	Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná.	Descrever e analisar dados de um inquérito realizado em Londrina, Paraná, sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida.
Estudo transversal feito por amostragem	2004	Frota, D. A. L.; Marcopito, L. F.	Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG.	Estimar a prevalência de amamentação entre mães adolescentes (menores de 20 anos de idade) e não adolescentes aos seis meses de vida da criança e identificar fatores associados ao desmame.

Quadro 03: Artigos seleccionados sobre fatores que levam ao desmame precoce, segundo a população/amostra do estudo e principais resultados.

População/Amostra do Estudo	Principais Resultados do Estudo
A amostra foi composta por 504 crianças menores de dois anos.	Mães com melhores condições socioeconômicas, representadas pela escolaridade, saneamento básico e posse de bens de consumo apresentaram maior duração do aleitamento exclusivo/predominante em ambos os municípios. Assistência pré-natal representada pelo maior número de consultas, início mais precoce e com orientação referente à alimentação e ao aleitamento materno influenciaram positivamente na duração do aleitamento exclusivo/predominante.
A amostra foi constituída por 200 mulheres.	Tiveram mais chances de interromper a amamentação mães que não participaram do programa de incentivo; mães que não tinham o intervalo de 30 minutos na jornada de trabalho e mães com filhos que usavam chupeta ou mamadeira.
A amostra foi composta por 200 mães.	O aleitamento materno foi realizado por 98% da amostra; entre as mães que amamentaram, 18,4% realizaram aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do seu filho. O desmame foi iniciado de forma precoce por 81,6% das participantes, sendo que 46,2% dessas mães o fizeram motivadas por conceitos pessoais, 35,6% relataram algum problema relacionado à saúde do bebê, 27,5% em função dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, 19,4% alegaram algum problema orgânico pessoal e 18,7% o realizaram por orientação de alguém.
O estudo foi realizado com 95 mães.	A prevalência de AME foi de 33,7%. Os motivos relatados para o desmame foram diminuição da produção do leite e recusa da criança para mamar.
A amostra consiste em 170 lactentes .	Foram identificados como principais fatores a interromper o aleitamento materno a idade materna <18 anos, vínculo empregatício informal, ingestão de álcool na gestação, < 6 consultas no pré-natal; gestação múltipla; peso ao nascer ≤ 2.000g; dificuldade na primeira mamada; queixa sobre a amamentação no primeiro mês; uso de chupeta no primeiro e segundo meses.

População/Amostra do Estudo	Principais Resultados do Estudo
Amostra constituída por 1.309 duplas mães-bebês.	Os resultados apontam que a prevalência de AME no primeiro mês foi de 59,3%; foram identificados como fatores determinantes para a interrupção precoce da amamentação: primiparidade; cansaço físico; ausência de orientação de aleitamento materno no hospital; baixa escolaridade e baixa renda.
Participaram do estudo 1.309 duplas mães-bebês.	Falta de experiência com amamentação, presença de fissura mamila, horários predeterminados para amamentar e uso de chupeta foram identificados como fatores preditivos da interrupção do aleitamento exclusivo.
O estudo foi realizado com 790 mães.	Os resultados revelam que as condições significativamente associadas ao risco de desmame foram: primiparidade, dificuldade para amamentar após o parto, conceito de tempo ideal de aleitamento materno menor do que seis meses, início do aleitamento materno após a alta da maternidade, não reconhecimento das vantagens da amamentação para a criança e opinião paterna desfavorável, indiferente ou desconhecida sobre o aleitamento materno.
O estudo foi realizado com 100 mães.	A prevalência do aleitamento aos seis e 12 meses foi de 22,2% (exclusivo) e 65% (total). As variáveis associadas ao desmame foram uso de chupetas e mameiras.
A amostra foi constituída por 920 crianças menores de um ano.	Verificou-se que usar chupeta, tomar chá no primeiro dia em casa e ter mãe com escolaridade até o primeiro ou segundo grau ou primípara representam maior risco de não estar em amamentação exclusiva aos 120 dias de vida. Tais fatores se mostraram significativos também para menores de 180 dias, com exceção do consumo de chá, que não foi indagado para essa faixa etária. Nos menores de um ano, o uso de chupeta foi a única variável que manteve significância estatística.
Foram estudadas 450 crianças.	O estudo considera três variáveis como fatores associados a menor duração de aleitamento materno: maior escolaridade paterna; uso de chupeta pela criança e o fato de o pai não residir com a criança.

População/Amostra do Estudo	Principais Resultados do Estudo
O estudo envolve 811 crianças.	A interrupção precoce do aleitamento exclusivo ou predominante associou-se com a maternidade em idade precoce e as precárias condições de vida das crianças e suas famílias.
A amostra foi realizada com 385 crianças.	O desmame precoce atingiu 63,6% das crianças. Os motivos alegados para o desmame precoce foram: o fato de o leite ter secado; rejeição pelo bebê; trabalho materno; doença materna; dores ao amamentar; problemas na mama e doença da criança.
Foram estudadas 2002 crianças menores de um ano.	Em menores de quatro meses, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) foi 29,3% e para aleitamento materno predominante (AMP) 20,7%. Nos menores de seis meses, a prevalência do AME foi 21,0% e do AMP 16,5%. Para o aleitamento materno (AM) em menores de um ano, a prevalência foi 62,4%. Entre os fatores de risco para interrupção do AME e do AM destacam-se: uso de chupeta, primiparidade, acompanhamento ambulatorial em serviço público, idade e trabalho materno.
O estudo foi realizado com 237 mães adolescentes e 239 não-adolescentes.	A prevalência de amamentação aos seis meses de vida foi de 71,3% entre as mães adolescentes e 77,4% entre as não adolescentes. Os fatores associados ao desmame foram: estado conjugal, atividade fora do lar após o parto (esses dois apresentaram interação com adolescência), dificuldade para amamentar nos primeiros dias e aleitamento exclusivo ao peito na alta hospitalar.

Nos últimos anos, o estímulo ao aleitamento materno é preocupação de todos os profissionais que fazem parte do sistema de saúde, no intuito de promover a saúde materno-infantil. Ainda é notório, porém, o número de desmame precoce pelas nutrizes brasileiras, mesmo com tantas vantagens proporcionadas pelo aleitamento materno exclusivo.

De acordo com Barros *et al.* (2009), a interrupção do aleitamento materno pode acarretar sérios danos para a saúde do lactente e da mãe. Para as crianças, as principais consequências são:

aumento da mortalidade infantil, resultado de infecções das vias aéreas e diarreia, aparecimento de doenças alérgicas, cânceres, obesidade, diabetes, deficiência no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, anemia ferropriva e doenças cardiovasculares. Já para a saúde das mães, os principais problemas são o aparecimento do ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos lactíferos, mastite, ansiedade, estresse e, muitas vezes, depressão.

A prevalência da amamentação no Brasil está muito abaixo do que preconiza a Organização Mundial de Saúde. Pode-se notar isso nos resultados encontrados neste trabalho, onde vários fatores sociais, econômicos e/ou pessoais interrompem o aleitamento materno. Com efeito, a promoção do aleitamento materno intensifica-se cada vez mais, pois se trata de um ato comprovadamente primordial para a saúde da criança.

Iniciando a discussão sobre as causas do desmame precoce, num estudo de Oliveira *et al.* (2013), o perfil das mães que introduziram precocemente a mamadeira foram: mulheres com baixo nível de instrução, renda familiar precária e insegurança alimentar. Dessa forma, as razões mais frequentes neste estudo para interrupção do aleitamento materno foram falta de instrução, renda familiar e insegurança.

Brasileiro *et al.* (2012), em seu estudo, também consideram a falta de instrução e incentivo à amamentação, fatores que conduzem ao desmame precoce, porém ressaltam ainda que mães sem intervalo na jornada de trabalho e que introduziram chupetas e mamadeiras, também, não amamentaram até os seis meses.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a falta de informações para que a mãe possa dar de mamar ao seu filho, na maioria das vezes, ocasiona o desmame, tornando assim mais grave o estado de desnutrição e surgimento de doenças.

Estudos de Giuliani *et al.* (2012) mostraram que 98% da amostra realizaram o aleitamento materno, porém consideraram como fatores para interromper o ato: 46,2% dessas mães o fizeram motivadas por conceitos pessoais, 35,6% relataram algum problema relacionado à saúde do bebê, 27,5% em função dos múltiplos papéis desempenhados pela mulher-mãe, 19,4% alegaram algum problema orgânico pessoal e 18,7% o realizaram por orientação de alguém. Então, podemos considerar que os próprios conceitos das mães tiveram maior prevalência para interromper a amamentação.

Alguns autores, como Sanches *et al.* (2011), Vieira *et al.* (2010) e Saliba *et al.* (2008) relatam que o uso de mamadeira de chupeta exerce influência no sistema sensorio motor-oral, porque esses objetos fazem com que haja menor esforço e menos trabalho da ação mandibular. Além disso, podem causar na criança certa confusão de bicos, diminuindo a frequência de mamadas, podendo levar ao desmame precoce.

Segundo os estudos de Stephan *et al.* (2012) e Volpini *et al.* (2005), dentre os motivos alegados pelas mães para o desmame, figuram leite fraco ou pouco, fissura na mama, falta de experiência, interferência externa e trabalho. É importante lembrar que a amamentação é diretamente influenciada pelos aspectos psicossociais da mãe, razão por que não deve ser considerado um ato imposto ou obrigatório, devendo a mãe receber estímulo e apoio para que sinta necessidade de amamentar e entender o bem que está fazendo ao filho e a si.

A falta de informação das mães e da sociedade em geral, inclusive profissionais de saúde, acarreta impacto negativo na duração do aleitamento materno exclusivo. Martins *et al.* (2011) e Alves *et al.* (2008), ressaltaram ainda mais essa realidade, ao expressarem que seus estudos também conduziram à conclusão

de que a falta de conhecimento das mães e a não presença a todas as consultas de pré-natal resultaram na interrupção do aleitamento materno. Não se podendo generalizar, há profissionais dedicados e interessados em promover a importância e encorajar as mães a darem continuidade à amamentação.

O fato de estar no mercado de trabalho não deve impedir a mulher de viver o período da maternidade. Para isso, é um direito assegurado por lei. Sabe-se, entretanto, que a maioria das mulheres está no mercado de trabalho informal; ou seja, uma forma atípica de relação de trabalho, o que dificulta exercer esse direito, tendo que optar por interromper a amamentação e voltar ao trabalho. Em seus estudos, Vannuchi *et al.* (2005) e Frota *et al.* (2004) consideram a volta ao trabalho materno, na maioria das vezes, quando este é informal, um dos fatores mais prevalentes como motivo para o desmame precoce, sem levar em conta o fato de que ela está em período de lactação e ter, portanto, um bebê que dela depende quanto ao melhor alimento, afeto e cuidado.

França *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* (2005) identificam em seus estudos que o grau de instrução/escolaridade materna afeta a motivação para amamentar. Mãe, de classes menos favorecidas, com menor grau de instrução, só decidem amamentar mais tarde, consequência de um pré-natal tardio, geralmente com um número mínimo de consultas. Ao contrário, mães com maior acesso a informações e com boa instrução tendem a amamentar por um período maior.

Além disso, vale ressaltar que a maior vulnerabilidade das mães de menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso dessas a uma estrutura familiar adequada e a condições econômicas favoráveis, bem como acesso aos serviços de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com suporte na reflexão feita nesse estudo sobre aleitamento materno, conclui-se que essa prática exclusiva, apesar de essencial para a criança, não é vivenciada de fato no tempo considerado ideal, ou seja, até os seis meses de vida.

Respondendo ao problema proposto neste estudo, verificou-se que os principais fatores determinantes do desmame precoce entre as mães são a influência da cultura do uso de chupetas e mamadeiras; ausência de informações sobre a importância do aleitamento materno para a criança; o retorno da mulher ao trabalho, reduzindo o período de convívio da mãe com o filho e, conseqüentemente, a amamentação; grau de instrução e escolaridade da mãe; apoio familiar, principalmente do conjuge, pois é um período em que a mulher se acha frágil e submissa a transtornos psicológicos. Há também vários mitos da cultura popular sobre amamentação que contribuem para o seu abandono.

Nesse sentido, partindo dos resultados encontrados na literatura, acredita-se que a intensificação na promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses seja um método urgente a ser adaptado, no intuito de esclarecer os fatores que interferem na amamentação levando ao desmame precoce, bem como reforça a importância e os benefícios do AME, tanto para o recém-nascido quanto para a mãe.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L. *et al.* Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008.

ARANTES, C. I. S. Amamentação Visão das Mulheres que Amamentam. **Jornal de Pediatria**, v. 71, n. 4, 1995.

BARROS, K. M. *et al.* Desmame precoce: motivos, consequências e intervenções de enfermagem. **Fortaleza: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 2009.

BRASILEIRO, A. A. *et al.* A amamentação entre filhas de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 n. 4, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento da Atenção Básica e Nutrição infantil. **Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília 2009; Série A. Normas Manuais Técnicos Caderno de Atenção Básica, N°23.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JUNIOR, A. L.; MORAIS, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 433-40, 2000.

ESCOBAR, A. M. U.; *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômicas-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 3, p. 253-61, 2002.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, L. C. Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-30, 2006.

FRANÇA, G. V. A. *et al.* Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, 2004.

GIULIANI, N. R. *et al.* O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. **Pesquisa Brasileira Odontoped. Clínica Integrada**, João Pessoa, v.12, n.1, p.53-58, 2012.

MARTINS, C.C. *et al.* Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, supl.1, p.167-178, 2011

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NEUTZLING, M. B.; VIEIRA, M. F.; CÉSAR, J. A.; GIGANTE, D. P.; MARTINS, E. B.; FACCHINI, L. A. Medindo o impacto da promoção do aleitamento materno em serviços de atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 149-54, 1993.

OLIVEIRA, L. P. M. *et al.* Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.5, 2005.

OLIVEIRA, M. G. O. A. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2013.

PARIZOTT, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo RS. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 466-474, 2008.

SALIBA, N. A. *et al.* Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, 2008.

SANCHES, M. T. C. *et al.* Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, 2011.

SILVEIRA, F. J. F., LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006.

STEPHAN, A. M. S. ; CAVADA, M. N.; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, 2012.

VANNUCHI, M. T. O. *et al.* Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, Recife, 2005.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p.40-9, 1998.

VIEIRA, G. O. *et al.* Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, Porto Alegre, 2010.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 3, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 19, n. 3, p. 467-51, 2005.

EDUCAÇÃO MÉDICA: A IMPORTÂNCIA DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Maria Marlene Marques Ávila

Nádia Nogueira Gomes

Maria do Socorro de Sousa

Delane Felinto Pitombeira

Lucia Conde de Oliveira

Maria das Graças Barbosa Peixoto

INTRODUÇÃO

A Saúde e a Educação constituem direitos fundamentais do povo brasileiro, reconhecidos constitucionalmente, tendo, portanto, o Estado, o dever de desenvolver políticas que visem a sua garantia. Sendo assim, possivelmente, essas duas políticas setoriais são aquelas nas quais existe a maior possibilidade e potencial de interação, óptica que norteou a cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação no estabelecimento das Diretrizes Curriculares para a graduação das profissões em saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Isto posto, em uma reflexão inicial, se tratará neste texto da formação médica e dos dois documentos basilares desta formação: A Lei de Diretrizes e Bases, criada em 1996, e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, instituídas pela Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001, como uma das exigências da Lei de Diretrizes e Bases da Educação e revistas em 2014 (BRASIL, 2014).

Tal revisão decorreu da necessidade de acompanhar as mudanças na área da saúde, possibilitando à educação médica maior capacidade para responder aos novos desafios da sociedade. Nesta perspectiva, as atuais diretrizes, além de considerarem as mudanças propostas pelo Programa Mais Médicos, redefiniu as áreas de competência: a Atenção à Saúde, a Gestão em Saúde e a Educação em Saúde. Mesmo mantendo a duração atual da graduação, a proposta que o Conselho Nacional de Educação (CNE) torna obrigatório para todos os estudantes de Medicina o estágio nas áreas de atenção básica e serviço de urgência e emergência no SUS (BRASIL, 2014).

A proposta dividiu o internato em duas cargas de trabalho: 30% das horas corresponderão necessariamente ao trabalho no SUS, que pode ser realizado em períodos de até 44 horas por semana, sem extrapolar jornadas de 12 horas. O restante da carga horária será destinada ao estágio nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, desde que nenhuma área some mais de 20% do tempo dedicado à prática clínica. No total, o internato deve corresponder a, no mínimo, 35% do total da carga horária do curso de graduação, o que equivale cerca de dois anos. O documento também amplia as seis competências gerais trazidas nas DCN de 2001, incluindo temas pertinentes como princípios nos quais a prática deverá está pautada, a saber: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Educação em saúde e Educação Continuada. E ainda acentua a diversidade dos cenários de prática e de aprendizagem como fundamental.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), conforme Salgado Filho (2007), ao definir o papel da educação superior, na prática e na formação acadêmica, destaca o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo presente, o que teria como resultado prático a prestação de serviços à comunidade não apenas de forma pontual, mas estabelecendo uma relação de reciprocidade.

Já as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) assim definem o profissional médico:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promo-

ção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Por sua vez, existe um consenso quanto à necessidade de mudanças no modelo formador, no sentido de reorientar a formação, buscando maior consonância entre o perfil dos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo cumprimento requer um perfil diferente daquele formado pelo modelo biomédico ainda hegemônico nas escolas brasileiras. Com efeito, a escola não deve se preocupar só com o perfil do egresso ao terminar o curso, mas também com sua capacidade de continuar aprendendo ao longo de sua vida profissional e com o modelo assistencial em que irá atuar (SOUZA, 2011).

Decorrente do reconhecimento da necessidade de mudanças, algumas iniciativas são propostas. Entre estas, se destaca o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), criado por portaria interministerial (Ministério da Saúde e da Educação). Trata-se da Portaria MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. O Pró-Saúde é operacionalizado por meio de uma parceria Instituição de Ensino Superior (IES) / Serviço de Saúde e representa um grande potencial de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente focado na doença e no atendimento hospitalar (BRASIL, 2009).

A Universidade Estadual do Ceará foi privilegiada com recursos do Pró-Saúde em 2009 e 2012, o Pró-Saúde II é o convênio atualmente em vigor, que engloba os cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Medicina Veterinária e Educação Física, cujas ações se concretizam por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-PET-Saúde).

Esses programas fortalecem a orientação para diversificação dos cenários de prática, com destaque para a atenção primária em saúde. Daí a importância do engajamento do Curso de Medicina nessas iniciativas como caminhos possíveis de mudanças na Educação Médica, cujos cenários de prática são, essencialmente, hospitalares, centrados no modelo de atenção individualizado e especializado.

Souza (2011), refletindo sobre o ensino, acrescenta que o problema não está no ensino centrado nesse ou naquele cenário, mas está no ensino que prioriza excessivamente determinado ambiente. Infelizmente, assinala, a maioria dos modelos destaca o hospital terciário como contexto fundamental da prática do ensino médico.

Ressalte-se que as DCN propostas em 2001 nunca foram plenamente implantadas, sendo um dos aspectos mais visíveis desse fato a escassa integração ensino/assistência no primeiro nível de atenção, espaço aqui compreendido como essencial para a formação humanística e crítica, consoante o perfil proposto pelas DCN.

Neste sentido, uma das principais contribuições do Pró-Saúde é a proposta de articulação entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e o serviço de forma contínua durante todo o processo formativo, possibilitando a integração teoria/prática por

meio de ações promotoras/preventivas e curativas, interligadas com uma abordagem interdisciplinar, todas em distintas situações da Rede de Atenção à Saúde (RAS) poliárquica.

Tais proposições decorrem do fato de que ainda predomina nos cursos da área de saúde o aprendizado focado essencialmente na cura das doenças, abordando de forma insuficiente a promoção da saúde e a prevenção de agravos, onde o aprendizado se dá, muitas vezes, de forma fragmentada e alijada do contexto social.

O Pró-Saúde se estrutura em três eixos: O Eixo A refere-se à Orientação Teórica, o Eixo B aos Cenários de Práticas e o Eixo C à Orientação Pedagógica. Essa estrutura propõe mudanças curriculares que reorientam a formação. Mesmo correndo o risco de que sejam promovidas simplificações, optou-se por esse formato pela necessidade de dar uma direção a esse processo. Os eixos do Pró-Saúde são pensados de maneira que seja fortalecida a integração entre o serviço público de saúde e as instituições de ensino (BRASIL, 2011).

Cada um dos eixos privilegia três vetores, os quais, por sua vez, orientam os parâmetros que norteiam o eixo e que podem ser hierarquizados em outros três estágios em cada escola. Essas fases servem como uma escala, sendo a primeira referente a uma situação de maior tradicionalismo, e a terceira aos objetivos almejados pelo Programa.

Neste texto, será abordado, especificamente, o eixo Cenários de Prática, por sua fundamental importância na formação de futuros profissionais médicos-cidadãos, no conhecimento e compreensão da amplitude e complexidade envolvidas nos problemas de saúde que afetam a população.

METODOLOGIA

O objeto deste estudo é a formação realizada pelo Curso de Graduação em Medicina ofertado pela UECE, com recorte para análise dos cenários de práticas, sendo, portanto, caracterizado como um estudo de caso que contou com análise documental e pesquisa de campo. Os dados foram coletados por meio de documentos e entrevistas. Os documentos que serviram de fonte de dados foram o Projeto Político Pedagógico (PPP) e os planos de ensino.

Os informantes foram 29 estudantes matriculados nas disciplinas Internato II e IV do Curso de Medicina da UECE. Esta escolha decorreu do fato de estes sujeitos se encontrarem no período final de seu processo formativo na graduação, o que possibilita a maior compreensão e visão crítica sobre este processo. O critério de exclusão adotado foi a não realização das citadas disciplinas, embora constando a matrícula. A delimitação do número de sujeitos foi pelo critério da saturação teórica.

A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2013. Previamente, foi solicitado à coordenação do curso de Medicina um espaço na pauta na reunião mensal do Colegiado para apresentação da proposta. A seguir, foi solicitado à coordenação do curso o acesso ao Projeto Político-Pedagógico (PPP) e aos planos de ensino, sendo a análise destes documentos norteadora do roteiro das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente por meio de um roteiro semiestruturado. O registro foi feito por meio de gravação de voz e os depoimentos dos discentes foram identificados na apresentação dos resultados pelo número da entrevista e pelo

semestre ao qual pertencia o estudante. Por exemplo, para identificar o primeiro aluno da lista de entrevistas realizadas, sendo este matriculado no décimo segundo semestre (Internato IV), utilizou-se “A1S12”. Os alunos foram contatados inicialmente por meio de telefonemas, e as entrevistas foram marcadas conforme sua disponibilidade.

Os parâmetros de análise foram as DCN para o Curso de Medicina (BRASIL, 2001) e o Pró-Saúde II (BRASIL, 2007). Após a realização da entrevista semiestruturada e da pesquisa documental, buscou-se promover o diálogo entre os dados coletados, por meio da triangulação dos métodos, como referido por Souza *et al.* (2005), e que se constitui em um dos pontos que garantem a confiabilidade da pesquisa qualitativa, considerando a possibilidade de contradições entre os fenômenos quando visto sobre diversos ângulos (GASKELL, BAUER, 2002).

Nesta perspectiva, confrontaram-se as recomendações do Eixo B do Pró-Saúde (cenários de prática) e os conteúdos do PPP e dos Planos de Ensino do Curso de Medicina da UECE, observando-se as aproximações e distanciamentos entre as duas propostas. Prosseguindo-se a análise, incluímos a percepção acerca do curso que emergiu das entrevistas com os discentes.

O projeto de pesquisa cumpriu todas as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, sob o Parecer N° 388.536.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A diversificação dos cenários de prática, uma tendência que vem se intensificando, em contraposição à tradicional realização das atividades de aprendizado em ambientes sofisticados e de cara utilização, é enfatizada no Eixo B do Pró-Saúde, atualmente reforçados pelas DCN do Curso de Medicina. Assim, a comunidade, os ambulatórios e os domicílios, por exemplo, se tornam potenciais ambientes de práticas assistenciais, alimentando a ideia de que os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação profissional devem, portanto, ser diversificados, sendo agregados ao processo não apenas equipamentos de saúde, mas também equipamentos educacionais e comunitários. Além disso, desde o início do processo de formação, deve ocorrer a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde, de forma a oferecer ao aluno a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais, assumindo, como agente prestador de cuidados, responsabilidades crescentes (BRASIL, 2007).

Essa preferência pela utilização da realidade como fonte de aprendizado justifica-se pelo fato de as práticas de simulação só conseguirem, no máximo, imitar a realidade, porém não reproduzem a dimensão complexa da integralidade humana (BRASIL, 2007).

Esse eixo inclui os vetores: Integração Ensino-Serviço; Utilização dos Diversos Níveis de Atenção/Diversificação dos Cenários do Processo de Aprendizagem e integração dos Serviços Próprios das IES com os Serviços de Saúde/Articulação dos Serviços Universitários com o SUS.

Quanto ao vetor Integração Ensino-Serviço, o Pró-Saúde propõe que a escola deve, durante todo o ensino-aprendizagem, integrar a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, no plano individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares (BRASIL, 2007).

Em conformidade com esse eixo do Pró-Saúde, o PPP do Curso de Medicina explicita o intuito de incentivar o graduado a “atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase no nível primário e secundário” e a proposta de consolidar a integração entre o ensino e o serviço, tendo como parâmetros o envolvimento da comunidade como espaço social participativo e o foco nas necessidades de saúde da população (UECE, 2012).

Além disso, o PPP propõe a integralização curricular do curso, por meios que ultrapassem a simples composição de uma matriz curricular composta por disciplinas dispostas sequencialmente e hierarquizadas, mediante prerrequisitos, devendo buscar processos de ensino-aprendizagem estruturados de acordo com princípios e estratégias que incluem a “inserção precoce dos estudantes em Serviços de Saúde, em situações reais de atendimento ao indivíduo e à coletividade, prioritariamente em nível de atenção primária e secundária de saúde”. (UECE, 2012, p. 34).

Essa integração é deveras importante, pois, conforme anatem Albuquerque *et al.* (2008), é impossível falar em mudança na formação dos profissionais de saúde sem que seja feita a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão acerca da realidade da produção de cuidados e sobre a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades da população.

Conforme os depoimentos dos discentes, essa integração da orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde é realizada principalmente a partir do quarto semestre: “[...] a partir do quarto semestre a gente tem aulas práticas nos próprios serviços de saúde: nos hospitais, nas unidades básicas de saúde [...] (A12S12)”.

Já o vetor “Utilização dos diversos níveis de atenção/diversificação dos cenários do processo de aprendizagem” ressalta a importância de se realizarem atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, Unidades Básicas de Saúde, Unidades da ESF, com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS. Além disso, propõe que os internatos ou equivalentes sejam desenvolvidos em sua totalidade na rede do SUS (BRASIL, 2007).

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, segundo Costa *et al.* (2012), figura como eixo educacional de uma medicina mais próxima da sociedade e mais influente no panorama regional.

De acordo com as informações contidas no Quadro 1, na distribuição da carga horária de atividades práticas ao longo do curso prevalece o nível terciário, apesar de o PPP explicitar como princípios gerais da organização da matriz curricular a “ampliação e o fortalecimento da inserção dos alunos em diferentes cenários de prática em todos os níveis de atenção, com ênfase no componente da atenção primária”. (UECE, 2012, p. 24).

Quadro 04. Disciplinas que preveem atividades práticas nos serviços de saúde. Curso de Medicina, UECE, setembro, 2013.

Semestre	Disciplina	Atividade prevista
S1	Saúde Coletiva (68h)	Visita/estágio de observação aos serviços de saúde das SER IV e V do Município de Fortaleza.
S1	Educação em Saúde (68h)	Visitas a instituições governamentais e não-governamentais.
S2	Genética Médica (68h)	Aulas laboratoriais e práticas clínicas de atendimento ao paciente com realização de aconselhamento genético, dentro e fora da sala de aula, no laboratório e em hospitais.
S4	Iniciação ao Exame Clínico e Relação Médico-Paciente (102h)	Aulas teórico-práticas, ministradas à beira do leito do paciente, para grupos de 07 alunos no máximo; atividade prática individual na enfermaria, junto ao leito, previamente designado para cada aluno, orientado por um monitor.
S4	Planejamento e Organização de Serviços de Saúde (68h)	Visitas aos serviços de saúde e à comunidade.
S5	Clínica Médica I (272h)	Aulas práticas nos ambulatórios e enfermarias dos Hospitais Escola referenciados.
S5	Clínica Cirúrgica I (272h)	Acompanhamento de ambulatórios de clínica cirúrgica em pequenos grupos.
S5	Informação e Avaliação em Saúde (68h)	Realização e apresentação de estudo de caso realizado nos municípios de Fortaleza e Sobral CE; aplicações do instrumento de AMQ (Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família).
S6	Clínica Médica II (144h)	Aulas práticas nos ambulatórios e enfermarias dos Hospitais-Escola referenciados.
S6	Clínica Cirúrgica II (204h)	Aulas práticas nos serviços especializados.
S6	Pediatria I (136h)	Aulas práticas realizadas nos ambulatórios e enfermarias dos Hospitais Infantil Albert Sabin, referência em pediatria no Estado.

S7	Pediatria II (136h)	Aulas práticas realizadas nos ambulatórios e enfermarias dos Hospitais Infantil Albert Sabin, referência em pediatria no Estado.
S7	Saúde da Família e Comunidade (68h)	Atividades Práticas: os alunos se dividirão em 08 grupos, sendo distribuídos em unidades de atenção primária à saúde do município de Fortaleza.
S7	Clínica Cirúrgica III (136h)	Aulas práticas nos ambulatórios e enfermarias dos Hospitais da rede.
S8	Emergências Médicas (204h)	Aulas práticas no Setor de Emergência e Terapia intensiva dos Hospitais Escola referenciados (Hospital Geral de Fortaleza, Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX), Instituto José Frota e Hospital de Messejana).
S8	Psiquiatria (68h)	Campo de estágio na atenção terciária (Hospital de Saúde Mental de Messejana). Campo de estágio na atenção secundária (Centros de Atenção Psicossocial, gerais, das SER I, II, IV e V).
S8	Ginecologia e Obstetrícia (216h)	Atendimento ambulatorial de pacientes sob supervisão.

Fonte: Planos de Ensino do Curso de Medicina. UECE, 2011.

Conforme demonstrado, são disciplinas que preveem atividades práticas na atenção primária à saúde, algumas relacionadas como visitas de observação: Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde, Informação e Avaliação em Saúde, Saúde da Família e Comunidade e Ambulatório da Atenção Básica. Além disso, há o internato, que prevê quatro meses de prática em Medicina da Família e Comunidade (UECE, 2011).

Nos depoimentos dos estudantes, sobressai a percepção de que os locais de prática nem sempre atendem às necessidades de aprendizado:

Alguns serviços realmente foram bastante úteis pra nossa aprendizagem e cultura. Mas tem outros serviços que eu acredito que são realmente desnecessários e bastante específicos até mesmo pra área. (A22S10).

Ressalta-se, entretanto, que os alunos percebem de forma positiva a sua inserção na comunidade durante a graduação, conforme o seguinte depoimento:

A gente [estar] inserido na comunidade já facilita nossa vivência. Com certeza, é muito mais fácil pra quando a gente se formar a gente já saber como lidar com a população, e não ser aquela coisa só a teoria (A17S12).

Quanto ao internato, o PPP informa que “é desenvolvido na Rede de Atenção à Saúde Estadual e Municipal (Hospitais, serviços especializados e Centros de Saúde da Família)”, sendo um mês de internato destinado à inserção do estudante no primeiro nível da assistência, o que se dá no Município de Pacoti, interior do Ceará (UECE, 2012). Isto está em conformidade com o Pró-Saúde, que tem como imagem-objetivo desse vetor a realização do internato em sua totalidade na Rede SUS (BRASIL, 2007).

A importância dessa proximidade do aluno com a comunidade é ressaltada por Blank (2006, p. 29):

[...] se o que queremos é formar médicos (médicos clinicam na comunidade) e se as diretrizes vigentes requerem a sua capacitação [...] na comunidade

em que clinicam, imaginar o cenário da prática educativa afastado da prática clínica seria um erro fatal de concepção.

Conforme Costa (2012), a APS pode representar, para a educação médica, muito mais do que um cenário vivo. Talvez seja “a própria vida em forma de diferentes cenários, indispensáveis, embora muitas vezes desconfortáveis.” Esse “desconforto” referido pelo autor foi também expresso por alguns alunos, que afirmaram o incômodo de participar das práticas em comunidades localizadas em áreas consideradas inseguras:

As desvantagens é que, às vezes, a gente tem que se deslocar pra comunidades mais distantes, é... lugares que, às vezes que são perigosos... Eu lembro que teve um dos semestres que eu tinha que ir pra um posto que era na quarta etapa do Conjunto Ceará, era uma coisa que, de certa forma, me desagradava, porque eu achava perigosíssimo, eu ia sozinha de carro (A14S12).

O vetor Integração dos serviços próprios das IES com os Serviços de Saúde/Articulação dos Serviços Universitários com o SUS, por sua vez, defende a ideia de que os serviços próprios das instituições de ensino, nos quais os alunos atuam, sejam completamente integrados ao SUS, sem que haja uma central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas, de forma que sejam desenvolvidos mecanismos institucionais de referência e contrarreferência com a rede do SUS (BRASIL, 2007). No caso da UECE, a instituição não dispõe de serviços próprios e todo o aprendizado prático dos alunos é realizado na rede de serviço do SUS.

O PPP acentua ser uma pretensão do curso de Medicina da UECE “propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, [...] que se consolida com o internato”. (UECE, 2012, p. 35).

A realização do internato e das demais práticas no curso de Medicina nos serviços do SUS é por demais importante, pois, conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), somente a prática inserida no sistema de saúde é capaz de possibilitar ao aluno um aprendizado em níveis crescentes de complexidade, voltado para as necessidades de saúde da comunidade.

Além das atividades previstas no currículo do curso, existem as chamadas atividades complementares, que incluem os estágios extracurriculares, considerados relevantes para o enriquecimento do ensino-aprendizagem do Curso, uma vez que

[...] possibilitam ao estagiário o aperfeiçoamento técnico-científico e de relacionamento humano, bem como condições de vivenciar e adquirir experiência prática em situações reais de trabalho nas mais diversas áreas do campo da Saúde. (UECE, 2012).

Isso é facilitado pelos hospitais conveniados com a UECE, que são hospitais de ensino e costumam oferecer estágios extracurriculares, pela articulação com as secretarias de saúde do Estado e Município de Fortaleza, seja por meio da atuação de alunos em programas de incentivo, a exemplo do Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o PROENSINO-SESA, ou da atuação nos Centros de Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial das Secreta-

rias Regionais IV e V (CEARÁ, 2013; UECE, 2012). Além disso, os estudantes de Medicina da UECE participam do PET-Saúde desde 2009, e de várias ligas de especialidades médicas.

Algumas fragilidades, entretanto, foram observadas nessa integração entre a IES e os serviços de saúde. Uma delas se refere aos professores que recebem os alunos nos serviços, os quais, segundo os alunos, não são, em sua totalidade, vinculados à UECE, o que traz dificuldades ao processo de ensino-aprendizado:

[...] tem uma carência muito grande de professores, aí foram criados aqueles professores de práticas, *né*, que não são professores da UECE, que não são concursados, mas recebem só uma bolsa pra estar recebendo os alunos. Seria mais ou menos como se fosse preceptores (A15S12).

O aspecto ressaltado nesse depoimento representa uma dificuldade no processo formativo, decorrente de questões relacionadas à carência de professores efetivos na instituição, que afeta diretamente todos os cursos, e que no caso da formação médica repercute na deficiência ressaltada pelos discentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PPP do curso de graduação em Medicina da UECE segue as diretrizes curriculares nacionais e muitas orientações contidas no Pró-Saúde, no que concerne à inserção dos estudantes nos vários cenários de prática. O fato de ser um curso novo, nascido no contexto das DCN e do debate em torno da formação em saúde para as necessidades do SUS contribui para esse alinhamento.

O mencionado curso demonstrou oferecer aos estudantes a oportunidade de vivências em todos os níveis de atenção, desde os primeiros semestres da formação. Apesar disso, os estudantes afirmaram que, nem sempre, os locais de prática respondem ao que é exigido para uma melhor aprendizagem, o que suscita a necessidade de que as escolhas desses locais sejam avaliadas, para que se garanta uma formação mais próxima do proposto no Pró-Saúde.

Destaca-se, também, o fato de o internato desse curso ser integralmente desenvolvido na Rede SUS estadual e municipal, o que se enquadra numa exigência das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (no mínimo, 30% do internato realizado nos serviços do SUS). Esse aspecto positivo encontra como desafio o frágil vínculo da UECE com os profissionais da rede. Essa vinculação se estabelece por meio de uma remuneração pelo acompanhamento dos estudantes em campo, o que não garante a qualidade da formação e pouco controle sobre a esta.

Outro ponto a ser ressaltado é o fato de os estudantes reconhecerem a importância de sua inserção na comunidade, o que pressupõe maiores chances de que esses futuros profissionais atuem considerando o contexto dos territórios onde trabalharão. Isso reflete na prestação de serviços de saúde de melhor qualidade e pode ser mais bem explorado para que se fortaleça a formação para o SUS.

O estudo aponta para a necessidade de aprofundamento das discussões sobre a formação médica, uma vez que a forma como os estudantes de Medicina são preparados influencia diretamente na saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. *et al.* Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03/07/2014.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**, 2001.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/prosaude.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **SGETS: políticas e ações** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

CEARÁ. **PROENSINO**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2013. Disponível em: www.ce.gov.br. Acesso em: 03/07/2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

COSTA, J. R. B. *et al.* Medical training in the family health strategy: student's perceptions. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

FERREIRA, RC; SILVA, RF; AGUER, CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

PEREIRA, M. G. *et al.* Modalidades didáticas utilizadas no Ensino de Biologia na educação básica e no ensino superior. In: **X Jornadas Nacionais y V Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología**. 2013.

SALGADO FILHO, N. **Ligas Acadêmicas**: veículo de interação com a comunidade. Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2007. Disponível em: <<http://www.huufma.br/site/web/palavradiretor/palavra2.html>>. Acesso em: 7 out. 2008.

SOUZA, E.R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, ER (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. P. 133-156.

SOUZA, R. G. S. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: Martins, J. J. N.; REGO, S.(Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011, p. 67-82.

UECE. Curso de Medicina. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina**. Fortaleza: UECE, 2012.

UECE. Curso de Medicina. **Planos de Ensino**. Fortaleza: UECE, 2011.

**A ORIENTAÇÃO TEÓRICA NA
EDUCAÇÃO MÉDICA ANTE OS
DESAFIOS DA ATUAÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Nádia Nogueira Gomes

Maria Marlene Marques Ávila

Ranniere Gurgel Furtado de Aquino

Deborah Pedrosa Moreira

Edina Silva Costa

INTRODUÇÃO

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde se realiza no modelo hospitalocêntrico com foco na doença. Com a evolução do entendimento acerca dos fatores determinantes da saúde/doença além dos físicos e biológicos, depara-se na insuficiência de tal modelo formador, o que requer dos cursos de graduação na área da saúde uma adequação do processo formativo, de forma a oferecer orientação teórico-prática capaz de possibilitar aos futuros profissionais atender as necessidades de saúde da população de forma integral, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em tal perspectiva, e com o intuito de aperfeiçoar essa formação, distanciando-se do paradigma flexneriano e buscando opções à educação tradicional para a área da saúde, o Ministério da Saúde criou o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

A Universidade Estadual do Ceará (UECE) participa do Pró-Saúde desde o ano de 2009, sendo os cursos escolhidos Medicina, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social.

O Pró-Saúde se compõe por três eixos que propõem mudanças curriculares de reorientação da formação, pensados de maneira que seja fortalecida a integração entre o serviço público de saúde e as instituições de ensino, são eles: Eixo A - orientação teórica; Eixo B - os cenários de prática; Eixo C - orientação pedagógica (BRASIL, 2011).

Este texto tem como foco o Eixo A e ressalta a importância de uma adequada orientação teórica no processo formativo dos futuros profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Estudo de caso com abordagem qualitativa que tem como objeto a formação realizada pelo Curso de Graduação em Medicina ofertado pela UECE.

Foram fontes de dados os documentos Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da UECE (PPP) e os planos de ensino. Além das fontes documentais, foram entrevistados 29 estudantes matriculados nas disciplinas Internato I e Internato II que compõem o estágio curricular. Esta escolha justifica-se pelo fato destes sujeitos terem maior possibilidade de uma melhor compreensão e visão crítica sobre o processo formativo, já que se encontram no período final do curso de graduação. Como critério de exclusão, adotou-se a não realização das referidas disciplinas, embora constando a matrícula. A amostra foi delimitada pelo critério da saturação teórica.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2013. Previamente foi solicitada à coordenação do Curso de Medicina espaço na pauta na reunião mensal do colegiado para apresentação da proposta do estudo e de acesso ao PPP, bem como aos planos de ensino.

A análise destes documentos foi passo essencial para a fase das entrevistas, que foram realizadas individualmente por meio de um roteiro semiestruturado. O registro foi feito por meio de gravação de voz e os depoimentos dos discentes foram identificados na apresentação dos resultados pelo número da entrevista e pelo semestre ao qual pertencia o estudante. Por exemplo, para identificar o primeiro aluno da lista de entrevistas realizadas, sendo este matriculado no décimo segundo semestre (Internato II), utilizou-se “A1S12”.

Os estudantes foram contatados inicialmente por meio de telefonemas, sendo então as entrevistas marcadas conforme sua disponibilidade.

Após a realização da entrevista semiestruturada e da pesquisa documental, buscou-se promover o diálogo entre os dados coletados, por meio da triangulação dos métodos, como referido por Souza *et al.* (2005), técnica que se constitui em garantia de confiabilidade da pesquisa qualitativa, considerando a possibilidade de contradições entre os fenômenos quando vistos sob diversos ângulos (GASKELL, BAUER, 2002).

Assim, foram confrontadas as recomendações do Eixo A do Pró-Saúde (Orientação Teórica) com os conteúdos do PPP e dos planos de ensino, sendo observadas as aproximações e distanciamentos entre o recomendado e a proposta do curso. A seguir foi analisada a percepção dos estudantes sobre o curso. Esta análise foi subsidiada pelo Pró-Saúde e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina.

Cumprindo as normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, sendo sua aprovação expressa pelo Parecer Nº 388.536, emitido em nove de setembro de 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O eixo A do Pró-Saúde aborda aspectos como os determinantes de saúde e a determinação biológico-social da doença; a avaliação crítica do processo saúde-doença, baseada em evidên-

cias científicas; a oferta de educação permanente. Ele é subdividido em três vetores: determinantes de saúde e doença, pesquisa ajustada à realidade local e educação permanente (BRASIL, 2007). Abordaremos, neste ensaio, os dois primeiros.

O vetor “determinantes de saúde” defende a ideia de que as instituições de ensino formadoras de profissionais da saúde devem dedicar importância equivalente aos determinantes da saúde e da doença, buscando manter adequada articulação biológico-social na teoria e na prática (BRASIL, 2007).

Consoante Gil (2005), todos os profissionais da área de saúde deveriam, em tese, ser capazes de compreender e de agir sobre os diversos determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados individuais e coletivos. As práticas profissionais baseadas no modelo flexneriano, contudo, não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas.

Campos *et al.* (2001), por sua vez, ressaltam que o processo formativo deve visar à formação de profissionais capazes de considerar as dimensões sociais, econômicas e culturais dos pacientes, como forma de preparação para o enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde/doença da população.

Com efeito, observou-se que o PPP do Curso de Medicina da UECE tem como intuito oferecer essa visão ampla sobre o processo saúde e doença. Seu conteúdo programático inclui a “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo do processo saúde-doença” e considera como um dos pontos fortes do curso as “disciplinas do campo da Saúde Coletiva ao longo do curso, permitindo uma reflexão crítica acerca do processo saúde doença”. (UECE, 2012, p. 90).

Além disso, o PPP refere o intuito de incentivar o futuro médico a atuar na prevenção de transtornos, agravos e doenças, na promoção da saúde, na recuperação da saúde e na habilitação biopsicossocial, estimulando estilos de vida saudáveis e reconhecendo a saúde como direito da cidadania e também como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, nos âmbitos individuais e coletivos (UECE, 2012).

O PPP refere, ainda, a necessidade de que se faça uma intervenção no processo formativo, com relação à matriz curricular, de forma a deslocar “o atual eixo da formação, centrado na atenção individual, prestada em unidades especializadas, por um processo focado nas necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população”. (UECE, 2012, p. 25).

É também relatado o fato de que a formação médica pretendida deve capacitar os estudantes a ver os pacientes “dentro de um contexto de saúde integral, em uma realidade biopsicossocial”, a ter a habilidade de “promover um estilo de vida saudável, conciliando as necessidades tanto dos usuários/pacientes quanto da comunidade e atuando como agente de transformação social”, e a dominar “os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psicosocio-ambiental subjacentes à prática médica”. (UECE, 2012, p. 27).

Ressalte-se que o Pró-Saúde considera como evidência de cumprimento desse vetor a “articulação com igual prioridade dos aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem”. (BRASIL, 2007).

Aproximando-se desse vetor, o processo formativo traz como competência esperada dos futuros médicos a capacidade de atuação “na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde”. (UECE, 2012).

O PPP também ressalta que o médico deve ter facilidade de expressão e manutenção do equilíbrio emocional e da compreensão empática do sofrimento no relacionamento com as pessoas, seus familiares e seu entorno (UECE, 2012).

Para tal, o egresso deve estar apto a realizar programas de melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, bem como de orientação a pessoas e a grupos submetidos a condições de risco na promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças físicas e mentais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o bem-estar da comunidade onde atuar, respeitando suas tradições socioeconômicas e culturais (UECE, 2012).

Esses conteúdos e estratégias são importantes na compreensão dos determinantes de saúde e doença, uma vez que, segundo Ferreira, Silva e Aguer (2007), a percepção da realidade das pessoas, suas condições de vida, cultura e costumes permitem ao estudante expressar uma concepção do processo saúde-doença de forma a compreender os determinantes e as relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Tal concepção possibilita uma mudança no cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade, que passa a ser mais voltado para as ações de vigilância à saúde, o que leva à integralidade no cuidado do paciente.

Nesse sentido, é estabelecida no PPP, como parte do conteúdo programático, a “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”, a qual será alcançada com base num ensino-aprendizagem estruturado de acordo com princípios e estratégias, como “asseverar importância aos determinantes de saúde e de doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológico-social”. (UECE, 2012, p. 34).

A proposta das disciplinas sobre essa abordagem ampla do processo saúde-doença encontra-se demonstrada no Quadro (UECE, 2011).

Quadro 04: Disciplinas que abordam de forma biopsicossocial o processo saúde-doença. Curso de Medicina, UECE, setembro, 2013.

Disciplina e Carga Horária	Aspectos relacionados aos determinantes de saúde e doença.
Saúde Coletiva (68h)	Um de seus objetivos é: “compreender o processo saúde-doença, ou seja, os conceitos de vida-adoecimento-morte das pessoas”. Componentes do Conteúdo Programático relacionados: O processo saúde – doença: fatores da vida, adoecimento e morte das pessoas; apreciação histórica e cultural do processo saúde – doença e das práticas de saúde correspondentes; modelos de explicação do processo – doença.
Educação em Saúde (68h)	Possui em sua ementa a proposta de análise da inter-relação educação, saúde e política. Componentes do Conteúdo Programático relacionados: prevenção e promoção em saúde e métodos e técnicas de abordagem com a comunidade.
Ciências Sociais e Saúde (68h)	Possui em sua ementa a proposta de aprendizagem que valorize a “vertente da determinação histórica do processo saúde/doença e da organização das demandas sociais por saúde e qualidade de vida”. Um de seus objetivos é: “adquirir conhecimentos e práticas sobre a relação entre cultura, saúde e doença”. Componentes do Conteúdo Programático relacionados: Cultura, saúde e doença; A experiência da doença; Integralidade: o enfoque integral do cuidado em saúde.

Disciplina e Carga Horária	Aspectos relacionados aos determinantes de saúde e doença.
Epidemiologia (68h)	<p>Possui em sua ementa a proposta de estudo da “história natural das doenças e os níveis de aplicação de prevenção, bem como os modelos explicativos do processo saúde-doença nas coletividades humanas”. Inclui em seu conteúdo programático as propriedades dos agentes etiológicos (físico, químico, biológico e social).</p>
Psicologia Médica (68h)	<p>Possui em sua ementa a proposta de estudo das questões técnicas, éticas e de humanização do cuidado na relação dos profissionais com o processo de adoecimento. Um de seus objetivos é discutir os aspectos teóricos que estimulem o acadêmico a buscar concepções e práticas que ultrapassem os limites do saber biomédico tradicional, para o entendimento das expressões psicológicas do processo saúde-doença.</p>
Saúde da Família e Comunidade (68h)	<p>Propõe, como objetivo, que se percebam e compreendam o caráter social e coletivo do processo saúde-doença através da análise do perfil epidemiológico de grupos populacionais e de seus determinantes.</p>
Clínica Médica II (144h)	<p>Tem com um de seus objetivos “introduzir a compreensão de práticas de hábitos e estilos de vida saudáveis com vista à melhor qualidade de vida”. Inclui em seu conteúdo programático o estudo das diferentes dimensões da vida; vida longa, saudável e com qualidade; programas de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida; as dimensões da qualidade de vida e sua avaliação; assistência integral à saúde do idoso.</p>

Observa-se a existência das disciplinas que se propõem à abordagem integral dos determinantes de saúde e doença. Chama-se atenção, entretanto, para o percentual de carga horária dessas disciplinas em relação às demais: elas somam apenas 552 horas, cerca de 12% de um total de 4.488 horas (carga horária que não inclui o internato).

Observa-se, ainda, que a maioria delas está relacionada à Saúde Coletiva e à Atenção Primária. A análise dos depoimentos dos discentes, contudo, revelou certa desvalorização de tais disciplinas, denominadas por eles “disciplinas sociais”:

A questão é porque [...] poucos se vêem fazendo isso [trabalhos relacionados à APS] no futuro, e daí é que vem o desprezo. Muitas vezes o pessoal acha ruim essas atividades e quer que acabe o mais rápido possível, ‘bora logo, pra acabar logo’. Fica essa questão assim, né, que o pessoal não valoriza muito (A22S10).

Oliveira et.al (2011, p. 403) reconhecem a complexidade do processo formativo quanto a este aspecto:

[...] embora o entendimento da complexa estrutura bionatural do homem necessite de disciplinas específicas com seus conceitos e metodologias, tais disciplinas são insuficientes para compreender as condições sociais que envolvem o processo saúde-doença.

Apesar da reduzida carga horária destinada as “disciplinas sociais” no contexto geral do curso, os estudantes manifestaram a opinião de que usavam muito de seu tempo se dedicando a elas,

em detrimento das demais. Afirmaram que os conteúdos nelas abordados são muito repetitivos e que sua carga horária poderia ser reduzida em prol de incrementos na carga horária de disciplinas voltadas para clínica e cirurgia:

Muitos assuntos [nas disciplinas] de atenção primária se repetem. Você acaba vendo coisas com um volume maior de informações numa carga horária pequena e coisas que se repetem numa carga horária grande. Poderia ser enxugado. (A28S10).

Em relação à UECE, a gente não tem nada o que reclamar sobre saúde coletiva... a gente vê exaustivamente o conteúdo. A gente vê a mesma matéria todo semestre [...] isso consome tempo. A gente tem a impressão que vê sempre o mesmo conteúdo todo semestre. (A02S10).

Alves *et al.* (2013) identificaram o fato de que, entre estudantes de Medicina, há resistência à atuação na comunidade. Essa resistência perdura após a formatura. Conforme os achados de Vasconcelos e Zaniboni (2011), mesmo entre profissionais médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família, há pouca vinculação com esta, além do fato de que o não ingresso imediato na residência médica parece ser a motivação para o trabalho na APS.

Os depoimentos dos estudantes apontam ainda para uma possível sobreposição de conteúdos nos semestres. Desta forma, uma reavaliação da organização curricular, mediante uma elabo-

ração articulada no campo da atenção primária à saúde com suporte nas necessidades sociais e do SUS, contextualizando a complexidade e o desafio do trabalho nesta área, pode contribuir para um novo encanto e comprometimento dos discentes pela APS.

É válido, por conseguinte, o questionamento sobre o reconhecimento, por parte dos estudantes, quanto à importância para sua formação, das disciplinas que abordam os conteúdos referentes à APS. Alguns depoimentos singulares captados nas entrevistas merecem destaque:

A gente vê uma importância sim nessas disciplinas [de APS], mas o pessoal, né, não gosta tanto. A maioria não gosta [...]. Já no primeiro semestre, quando vêm os veteranos e entram na sala, eles vêm dizendo [...]: “Pessoal, aqui, primeiro semestre, segundo semestre, é só anatomia, bioquímica e fisiologia. Saúde coletiva, métodos de pesquisa, vocês pegam, juntam tudo num liquidificador, bate e não dá um copo. Juguem onde vocês quiserem”. E, às vezes, a gente escuta isso dos próprios monitores das disciplinas (A22S10).

A gente no primeiro semestre já entra com aquela ideia preconceituosa dessas disciplinas, que são disciplinas que vão tomar nosso tempo de estudo pra outra prova, que vão ser disciplinas chatas, que você não vai aplicar na sua vida, num sei o que... E quando você chega a ver a matéria de clínica médica e clínica cirúrgica, os próprios professores des-

sas disciplinas são contra [as disciplinas ditas sociais]. Já chegam dizendo: “Pessoal, pra quê vocês vão estudar um negócio desse aí ou coisa do tipo, isso não serve pra nada”. Aí o tempo é tão mal aproveitado, que quando é no final [do semestre], eles querem marcar aula extra. Eles querem que tirem [tempo] dessas outras [disciplinas]: “Pessoal, essas matérias que vocês tão vendo aí de medicina social, num tem nenhuma aula dessas que vocês possam tirar e colocar uma minha não? [...] Ah, isso aí, vocês num vão aplicar não... Peçam lá, falem com o professor, pra ver se ele deixa eu dar aula no lugar” (A21S10).

Esses discursos revelam o modo como sucede, durante o processo formativo, a percepção dos estudantes quanto às disciplinas voltadas para a saúde coletiva constituírem disciplinas dispensáveis ou de somenos importância.

Os professores são espelhos para os futuros profissionais. Suas atitudes e opiniões influenciam na formação dos estudantes. O fato de parte destas disciplinas ser ministrada por outros profissionais de saúde, ou seja, não médicos, também se revela como importante fator na formação da percepção negativa dos estudantes quanto a essas disciplinas, conforme revela o depoimento a seguir:

Você não encontra médicos dando essas disciplinas [ditas sociais]. Porque na disciplina de medicina e família e comunidade, que você vê no oitavo semestre, que vem o médico de família dar essa disciplina, você vê que a sala

é cheia [...]. Você tem um médico que ta lá atuando, então o pessoal vê como uma possibilidade de atuar ali. [...] Pelo menos os três primeiros semestres da UECE não tem um médico dando essas matérias. Então você vê assim ‘ah, isso aí não é pra mim não, é outro profissional de saúde que tem que se interessar por essa área’. (A22S10).

Como o aprendizado envolve aspectos relacionais, este é prejudicado pela falta de interesse pela área de estudo, pois, segundo Rogers *apud* Zimring (2010), a aprendizagem mais duradoura e profunda é aquela espontânea, que envolve o intelecto e os sentimentos.

Abordemos agora o vetor “Pesquisa ajustada à realidade local/ Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS”.

Neste vetor, defende-se a posição de que a instituição de ensino deve apresentar um equilíbrio na produção de conhecimento sobre as necessidades da população e aspectos biomédicos/ tecnológicos (BRASIL, 2007).

Assim, o PPP define a identidade formativa dos futuros profissionais médicos “nas dimensões humana, científica e profissional, por meio de um desenho curricular voltado para a produção de conhecimento que responda às reais necessidades da sociedade”. (UECE, 2012, p.12).

Este aspecto é também referido na missão da Universidade, que, entre outros tópicos, menciona: “produzir e disseminar conhecimentos e formar profissionais, visando à promoção do desenvolvimento sustentável e da qualidade de vida da região Nordeste”. (UECE, 2012, p.14).

Para alcançar esses objetivos, o PPP define como estratégia de ação o direcionamento “dos programas e projetos nas áreas de ensino, pesquisa e extensão para as ações diretamente relacionadas com o processo de desenvolvimento social, econômico, político, cultural e ambiental do Estado do Ceará”. (UECE, 2012, p. 15).

Além disso, o PPP relaciona como valor a ser cultivado a responsabilidade social, definida como o compromisso institucional de oferecer o retorno à sociedade dos recursos que lhes foram alocados (UECE, 2012).

O Pró-Saúde considera evidências de cumprimento desse vetor a “existência de investigação significativa e equilibrada, realizada no ciclo básico, relacionada à clínica e aos aspectos sociais de saúde e suas necessidades”, a “proporção significativa de pesquisas orientadas à atenção básica, e interação com os serviços de saúde e suas necessidades” e a “existência de proporção significativa de bolsistas de iniciação científica abordando temas que envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde”. (BRASIL, 2007, p. 19).

Investigações científicas com esses direcionamentos são identificadas no PPP, no item “Inserção da pesquisa na estrutura curricular do curso”, onde são apresentados os grupos de pesquisa coordenados por professores do Colegiado do Curso de Medicina, todos cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade (UECE, 2012).

Cinco de um total de 12 grupos estudam os aspectos biomédicos/tecnológicos: Fisiofarmacologia da Inflamação; Eletrofisiologia dos Tecidos Excitáveis; Produtos Naturais de Origem Vegetal; Metabolismo dos Peptídeos Biologicamente Ativos; e

Toxicologia de Produtos Naturais. Os demais privilegiam estudos das necessidades da população e aspectos sociais de saúde: Cultura, Saberes e Práticas em Saúde; Transplantes (o objeto deste não é a parte cirúrgica do transplante, mas para levar ao conhecimento da população a importância da doação de órgão); Vida e Trabalho; Economia da Saúde; Indicadores de Saúde; Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem e Educação e Saúde Coletiva (UECE, 2012).

Além dos grupos de pesquisa, o PPP relaciona os projetos de pesquisa coordenados por professores do Curso de Medicina à época de sua publicação, dos quais se destacam: “Empoderamento das comunidades para o controle de dengue: uma análise da dengue ambiental e uma abordagem integral em Fortaleza, Brasil”; “Processo de formação em saúde como estratégia de melhoria do cuidado interdisciplinar e integral para o SUS”; e “Atividades lúdicas realizadas por meio do projeto de Humanização com Arte na Saúde (HUMANARTES) em um hospital infantil do Município de Fortaleza-CE: percepção dos pais e funcionários”. (UECE, 2012).

Esse direcionamento do foco das pesquisas para as principais demandas de saúde da população, para a atenção básica e para os aspectos sociais de saúde é um grande desafio, pois, dentre os quatro segmentos em que é dividida a pesquisa em saúde – clínico, biomédico, tecnológico e de saúde pública - observa-se que quase metade dos esforços brasileiros em pesquisa em saúde são dedicados ao segmento da clínica, com cerca de 8.586 linhas de pesquisa, representando 46,8% do total. Em contrapartida, as investigações em Saúde Pública representam apenas 13,2% do total, contando com 2.431 linhas de pesquisa. Essa realidade evidencia a necessidade de incentivar estudos em outras áreas além da clínica (GUIMARÃES, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se preocupação do Curso de Medicina da UECE em oferecer orientação teórica adequada, por meio de uma abordagem abrangente sobre os determinantes de saúde e doença e da realização de atividades de pesquisa relacionadas às necessidades de saúde do País.

A falta de afinidade dos estudantes com as chamadas “disciplinas sociais”, no entanto, representa um obstáculo para a adequada formação e aumenta as chances de que esse futuro profissional não desenvolva habilidades para promover saúde, dado que o processo formativo é direcionado para curar doenças, deixando a grande lacuna hoje observada principalmente no primeiro nível assistencial do SUS, a falta de profissionais que interaja e integre a população como agente promotor de saúde no plano local.

Esse desinteresse dos estudantes pelas disciplinas que subsidiariam conhecimentos em saúde coletiva é motivado ou reforçado por atitudes dos docentes que contribuem com a formação de um juízo negativo prévio sobre a atuação profissional na APS, a qual passa a ser vista como de menor importância no contexto da formação. Esse resultado é por demais preocupante, pela importância da categoria médica na consolidação do SUS, para a qual é essencial a excelência da atenção primária, porta de entrada preferencial do usuário no sistema.

Esses achados suscitam a reflexão sobre a necessidade da reorientação da formação, visando a formar profissionais competentes para realizar a assistência em saúde conforme as necessidades da população e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L. *et al.* Curricular changes: difficulties in the implementation of PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 157-166, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, mai/jun, 2001.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F. da; AGUER, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. Para uma prestação de contas públicas: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: BAUER, MW. ; GASKELL, G (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: manual prático**. Petrópolis:Vozes, 2002, p. 470-490.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas/Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, 2006.

OLIVEIRA, J. A. A. *et al.* A Saúde Coletiva na formação de discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 398-404, 2011.

SOUZA, E. R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 133-156.

UECE. Curso de Medicina. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina.**

UECE, 2012. UECE. Curso de Medicina. **Planos de Ensino.** UECE, 2011.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl 1, p. S1497-S1504, 2011.

ZIMRING, F. **Carl Rogers.** Tradução e organização: Marco Antônio Lorieri. Coleção Educadores, MEC. Recife, PE: Editora Massangana, 2010.

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA, CEARÁ**

José Maria Ximenes Guimarães

José Jackson Coelho Sampaio

Ana Patrícia Pereira Morais

Cleide Carneiro

Carlos Garcia Filho

Frederico Emmanuel Leitão Araújo

INTRODUÇÃO

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica – MBRP desencadeou a reorganização do modelo de atenção à saúde mental, que se operacionaliza por meio do estabelecimento de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Com efeito, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ocupam posição estratégica no território.

De acordo com seu caráter estratégico, os CAPS assumem posição central na articulação da rede de cuidados, agregando os três níveis de atenção, o direcionamento local de políticas e programas de saúde mental e a promoção de reflexões contínuas acerca do modelo de gestão do trabalho, da educação permanente dos trabalhadores, do modelo de atenção e da clínica operada no seu cotidiano (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; CAMPOS *et al.*, 2009; SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009).

Como serviços públicos de saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, os CAPS devem atuar visando a materializar os princípios que norteiam esse sistema, garantindo universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação democrática dos agentes - gestores, trabalhadores, usuários e seus familiares - e resolubilidade da assistência.

Para tanto, tornam-se prementes mudanças na lógica de organização do processo de trabalho, operado por equipe interdisciplinar, numa perspectiva de elaboração coletiva, voltado à mediação de projetos de vida dos sujeitos em sofrimento mental. Requer, portanto, a reinvenção de saberes e práticas no campo da saúde mental, como desafio permanente dos trabalhadores (KODA, 2003; SAMPAIO *et al.*, 2011).

É reconhecido o fato de que as transformações do mundo do trabalho, sobretudo no contexto neoliberal, o qual tem impacto nos sistemas de saúde, impõem ao trabalhador a necessidade de qualificação profissional, como requisito para a competitividade e permanência no mercado de trabalho. Então, se faz necessária a mudança nos modos de formação, particularmente, dos trabalhadores da saúde.

No âmbito do SUS, a Reforma Psiquiátrica questiona o papel e o saber psiquiátrico, ao mesmo tempo em que promove o deslocamento do local de atenção à saúde mental dos hospitais para os serviços de base territorial (SAMPAIO *et al.*, 2011; AMARANTE, 2006). Do mesmo modo, promove o deslocamento do objeto de intervenção da doença para o sujeito em seu contexto sociopolítico, em articulação com o território, revestindo de complexidade e imprevisibilidade o trabalho em saúde mental, então implicado com reinvenção das práticas de saúde e dos modos de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, que não teve expropriada a sua liberdade, a sua cidadania e sua relação com a cidade (SAMPAIO *et al.*, 2011; SILVA; TAVARES, 2003).

Em razão da complexidade do objeto de intervenção, na perspectiva de compreender o sujeito em suas múltiplas dimensões, bem como produzir práticas de saúde orientadas pela integralidade do cuidado, torna-se imperativa a atuação de equipes multiprofissionais, operando numa lógica interdisciplinar nos serviços de atenção psicossocial. Assim, parece necessário repensar saberes, reorientar os processos de formação com vista a atender a nova forma de atuação requerida pelas mudanças nos modelos de atenção à saúde mental.

De acordo com Sampaio *et al.* (2011), o trabalho em equipe, nos serviços públicos de saúde mental, ante a demanda da população, exige atitudes para o enfrentamento de problemática

tridimensional: entre os trabalhadores, oriundos de várias formações; entre a equipe e os gestores, portadores de tecnologias produzidas em contextos distintos; e entre trabalhadores e usuários, aqui entendidos como cidadãos, portadores de direitos. Para tal, os autores exprimem três ordens de atitudes/valores, dentre as quais a competência está mais estreitamente ligada à discussão delineada nesse momento.

A competência compreende o desenvolvimento de habilidades técnicas, comunicacionais, relacionais e políticas, para a prática qualificada e efetiva da gestão e do cuidado, em campo perpassado de história e subjetividade. Pode ser otimizada pela educação permanente em serviço, enfatizando o domínio das técnicas terapêuticas e o desenvolvimento de habilidades associadas ao protagonismo e à produção de grupalidade nos serviços (SAMPAIO *et al.*, 2011).

É reconhecida, portanto, a relevância da educação permanente como meio para a qualificação do trabalhador e, ao mesmo tempo, estratégica para a efetiva reorientação e consolidação do modelo de atenção psicossocial.

Como possibilidade de responder as demandas de formação dos trabalhadores da saúde, consoante a nova configuração do sistema de saúde resultantes dos processos de reformas do setor, o Ministério da Saúde implantou, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reformulada em 2007, o qual é operada em estados e municípios por meio da gestão colegiada, cujas pactuações se dão nas Comissões Intergestoras Regionais e Comissões de Integração Ensino-Serviço. Desse modo, esta política detém lugar central no SUS quando se trata de qualificação dos trabalhadores do setor (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

Com base nestas considerações, este estudo objetiva descrever como ocorreu o desenvolvimento de processos de educação permanente na rede de saúde mental de Fortaleza, no período da gestão que se entendeu de 2006 a 2011.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este ensaio constitui recorte da pesquisa inovação e gestão em serviços de saúde mental, a qual toma como objeto de estudo o modelo da gestão da atenção à saúde mental no Município de Fortaleza (GUIMARÃES, 2012).

Ao demarcar possibilidades teórico-metodológicas para o desenvolvimento desta investigação, elegeu-se, como desenho geral, o estudo de caso único (YIN, 2005), com abordagem qualitativa, histórico e social, a qual possibilita se conhecer os processos históricos que configuram os distintos padrões de relação entre Estado e Sociedade, assim como as características dessa configuração no delineamento e encaminhamento de propostas de intervenção no setor saúde (TEIXEIRA, 2006).

No referente ao recorte espacial, o estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Selecionou-se como caso a Rede de Atenção à Saúde Mental - RASM, particularmente, os seis CAPS – modalidade geral, considerados como representativos por abrangerem os primeiros serviços dessa natureza implantados no Município. Por se tratar de um estudo que busca se aproximar as dimensões da gestão em saúde, optou-se por incluir as coordenações setoriais regionais e a Secretaria Municipal de Saúde.

Na perspectiva de estabelecer maior aproximação com o fenômeno em apreensão, fez-se necessário abordar todos os grupos que interagem com o foco principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações (MINAYO, 2013). Nesse sentido, busca-se a compreensão dos processos da gestão da educação permanente em saúde, em seus variados níveis gerenciais. Por esta razão, constituíram-se sujeitos do estudo os gestores municipais, regionais e locais, além dos trabalhadores dos seis CAPS selecionados, perfazendo 32 sujeitos, sendo 13 ocupantes de cargos em gestão – secretário municipal, dois coordenadores no nível central, quatro coordenadores regionais, seis coordenadores de serviços e 19 trabalhadores dos CAPS.

A seleção das técnicas e instrumentos aptos à obtenção do material empírico pautou-se na intenção de manter a coerência entre o referencial teórico e o desenho metodológico selecionado. Para tanto, elegeram-se a análise documental – Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão, a entrevista semiestruturada e a observação.

Os preceitos éticos da pesquisa foram respeitados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na perspectiva de assegurar o anonimato dos sujeitos as falas do texto foram codificadas, segundo o cargo e a sequência de realização da entrevista. Assim, tem-se Secretário Municipal de Saúde (GM), Coordenador de Saúde Mental na SMS (CSM1 e CSM2), Coordenador Regional de Saúde Mental (CRSM 1, ...CRSM4), Coordenador de CAPS (CCAPS1, ... CCAPS6), trabalhadores de nível superior (TNS1, ...TNS12) e trabalhador de nível médio (TNM1, ...TNM7).

O processamento e interpretação do material empírico foram fundamentados na análise de conteúdo, modalidade temática, numa perspectiva crítico-reflexiva, conforme proposto por Minayo (2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a ampliação da RASM do Município de Fortaleza, ocorrido no período de 2006 a 2009, foram gerados novos postos de trabalho, o que permitiu a contratação de profissionais de áreas/especialidades diversas. Nesses termos, deu-se um incremento do quantitativo de trabalhadores, passando de 54 para 333, correspondendo a um acréscimo de 500%. Tal dado revela o cumprimento da meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde – PMS (FORTALEZA, 2008).

A forma de contratação dos trabalhadores, contudo, ocorreu mediante contratos de trabalho firmados com organizações do terceiro setor, com as quais a SMS de Fortaleza manteve contratos da gestão.

[...] todo o pessoal é terceirizado, eles não estavam integrados na rede de saúde do município. [...] foi a solução possível enquanto não chega a criação dos cargos e o possível concurso. (GSM).

São contratadas pelo IDGS, são terceirizadas. (CCAPS2).

Estão com contratos precarizados, então não tem estabilidade no trabalho. [...] fazem todos os contratos de forma terceirizada, aí isso é um problema, no próprio serviço. (TNS2).

A flexibilização dos vínculos trabalhistas caracteriza-se pela inserção no serviço público sem a realização de concurso público, o que contraria as normas que regem a Administração Pública estabelecidas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2006). Ela é possível, porém, com os artifícios normativos elaborados no contexto da Reforma Administrativa do Estado, desenvolvida em 1995, o que permite a contratação de empresas para executar a gestão de serviços públicos (NOGUEIRA, 2011; PEREIRA, 2004).

Emerge, assim, a necessidade de qualificação dos trabalhadores com vistas a garantir a qualidade da atenção à saúde e a efetiva implementação da RASM, permitindo que os CAPS se consolidem como equipamentos substitutivos de saúde mental, executando suas ações estratégicas de cuidado individual e coletivo, bem como a articulação com as demais políticas públicas e equipamentos existentes no território.

Ressalta-se que, concomitantemente, houve no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS o desenvolvimento da Política de Educação Permanente, com ações para todas as áreas e/ou redes de saúde do Município. Desse modo, criaram-se condições de possibilidade para atender a demanda de formação dos trabalhadores de saúde mental.

O traço estruturante do desenvolvimento e implementação da Política de Educação Permanente foi a constituição do Sistema Municipal de Saúde-Escola, viabilizado por meio de uma rede integrada por gestores e serviços do Sistema de Saúde de Fortale-

za, escolas e universidades, trabalhadores e usuários, responsáveis pela coordenação e avaliação desse processo de educação (FORTALEZA, 2008).

No âmbito dos serviços de saúde mental, os ocupantes de cargos da gestão reconhecem que

Há educação permanente. Nunca uma gestão investiu tanto em formação para os trabalhadores como essa. Eu não conheço nenhum trabalhador que esteja no CAPS há mais de dois anos que não tenha passado por algum tipo de capacitação. (CSM4).

A gente tem o projeto arte saúde que trabalha nessa linha da formação. Todo projeto que envolve a educação permanente a gente tá implicado. Conseguimos recursos pra fazer especialização em saúde mental, foi feito pela ESP, estamos fazendo cursos de aperfeiçoamento. Essa coisa do sistema é muito interessante, tem o PET – saúde mental. A residência em psiquiatria, vamos ter agora. Então, todas as ações que o sistema tem trabalhado a gente tem participando, feito articulação para a rede de saúde mental. (CSM2).

[...] a gestão tem uma preocupação que eu acho legal que é sempre tá montando seminários, oficinas pra que se aprenda a trabalhar melhor na saúde mental. É um crescimento em equipe. (CCAPS5).

Identifica-se o fato de que há um investimento da gestão municipal na qualificação dos trabalhadores. Nesse sentido, as propostas de educação permanente em saúde mental estão previstas no PMS, cuja implementação ocorre em diversas modalidades de processos formativos, que vão desde oficinas e seminários até cursos de especialização, sendo direcionadas a todos os componentes das equipes dos CAPS, de acordo com as necessidades dos serviços.

Destaca-se o fato de que, no âmbito nacional, a educação permanente foi instituída em 2004, sendo modificada em 2007, por meio da Portaria GM/MS n. 1996, que apresenta as estratégias e diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Mencionada política objetiva transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo dos trabalhadores da saúde, fomentando as mudanças nas práticas de saúde e a própria organização do trabalho. Para tal, deve se efetivar articulada aos serviços, considerando os problemas de saúde da população, sendo operada por meio de metodologias que possibilitem a articulação formação-serviço e o desenvolvimento da capacidade crítica, potencializando a aprendizagem significativa, como é o caso da metodologia da problematização (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011; SILVA; TAVARES, 2003).

O exame dos relatórios da gestão em saúde disponíveis, referentes aos anos de 2006 e 2007, permitiu identificar que a SMS desenvolveu diversas atividades de educação permanente, permitindo a participação de um contingente significativo de trabalhadores, conforme disposto na Tabela. Ao visualizar a quantidade e a natureza dos eventos realizados, voltados à educação permanente, é possível inferir que a SMS procurou atender às necessidades de formação dos trabalhadores, considerando as exigências impostas pela implementação da RASM, ante os problemas de saúde da população.

Tabela: Eventos de Educação Permanente com participação de trabalhadores de saúde mental. Fortaleza, 2014.

Eventos	Nº Participantes/ano	
	2006	2007
Abordagem sistêmica comunitária	--	40
Capacitação em saúde mental/ Saúde Mental Comunitária	12	48
Capacitação em cuidadores para Residência Terapêutica	--	06
Capacitação em Dependência Química	60	--
Capacitação em Redução de Danos	152	67
Capacitação em tratamento de fumantes	50	--
Capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica	120	--
Capacitação em arte e intervenção psicossocial	30	--
Capacitação multiprofissional em problemas da infância e adolescência	10	--
Especialização em Gestão em Saúde	--	02
Formação em arte-terapia		30
Formação em abordagem sistêmica de família	30	--
Formação de facilitadores da implementação do acolhimento no CAPS	20	--
Oficina sobre Residência Terapêutica	--	25
Legislação Previdenciária na Saúde Mental	--	22
Formação de facilitadores em Educação Permanente	--	02
Formação de Terapeutas Comunitários/Massoterapeutas	160	40
Diagnóstico multiaxial	--	20
Capacitação em Grupos Operativos	--	20
Fórum Psicólogo na Saúde Pública	20	--
XXIX Jornada Cearense de Psiquiatria	40	--
XII Congresso Brasileiro de Autismo	02	--
TOTAL DE PARTICIPANTES	707	352

Fonte: Relatório de Gestão (FORTALEZA, 2007; 2009).

Os problemas estruturais dos CAPS, contudo, entre eles a quantidade insuficiente de trabalhadores e a elevada demanda de usuários, dificultam a gestão da educação permanente, sobretudo no que diz respeito à liberação do trabalhador para participar desses processos quando acontecem fora do serviço.

Agora, é complicado também operacionalizar isso porque nós temos um excesso de demanda. Há meses em que se acumulam mais cursos de capacitação que temos que cancelar atividades para que o profissional possa participar, porque não têm outros pra executar aquela atividade. Isso é um desafio, manter o serviço funcionando com uma equipe mínima e permitir a saída de profissionais do serviço para fazer formação. (CRSM5).

Alguns gestores reconhecem que existe um setor, na SMS, responsável pela organização e gestão dos processos de educação permanente, no entanto, consideram que as rodas de equipe/gestão, que acontecem em todos os CAPS, também constituem espaços de formação.

Na prática, tem um setor também que cuida da educação permanente que tem trabalhado alguns cursos específicos de capacitação. Mas, no meu entender, essa educação tem que se dar permanentemente inclusive nas rodas de gestão tem que ter momento de formação, de pegar um assunto e aprofundar a discussão, inclusive em relação à abordagem que deve ser dada naquela questão. (CRSM1).

[...] sempre tem cursos pra a equipe participar. Mas na própria roda a gente faz estudos sobre assuntos que a equipe precisa melhorar. (CCAPS3).

Consoante os relatos, observou-se que em todos os CAPS a roda funciona como espaço de formação. Desse modo, é operacionalizada e, ao mesmo tempo, valorizada a sua função pedagógica, conforme proposto por Campos (2007).

Divergindo, porém, dos relatos de amplo investimento em educação permanente no campo da saúde mental, da constatação de que ela está assegurada no PMS e que é executada, conforme consta nos relatórios da gestão da SMS, vários entrevistados informam que não existe política de educação permanente em saúde no Município de Fortaleza.

Há uma política de qualificação do pessoal, de educação permanente? Não. Aqui dentro não. Se tem, nunca me disseram. (CCAPS6).

[...] eu sinto falta demais de capacitações. (TNS2).

Evidencia-se que esses agentes, inclusive gestores locais, desconhecem a política de educação permanente implementada na SMS, bem como as ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental, concretizadas na realização de processos formativos. Esse desconhecimento pode ter várias explicações. Com a imersão do pesquisador no campo empírico, é possível afirmar que a grande rotatividade de profissionais em decorrência do processo de pre-

carização do trabalho, bem como a inserção de trabalhadores no CAPS sem o devido conhecimento do contexto da saúde mental, particularmente no Município em estudo, e o pouco tempo no exercício de suas funções na RASM, como é o caso da gestora CCAPS6, são determinantes desse entendimento.

Outros, apesar de reconhecerem sua existência, consideram que a oferta de processos formativos não é sistemática ou é insuficiente para privilegiar todos os trabalhadores.

Não tem uma programação anual do que se vai trabalhar na educação permanente. (CRSM1).

Na questão da formação eu acho que a gente acaba pecando muito. Tem um ou outro curso que é colocado a disposição, mas o que a gente tá conseguindo fazer mais de educação continuada tem sido por meio da exposição e estudos dos casos feitos nas rodas. Mas precisamos melhorar essa oferta, seja com mais grupos de estudos, com cursos. (CCAPS2).

Sempre há cursos, sendo colocado um quantitativo de profissionais de cada CAPS. Há essa capacitação, mas poderia ter bem mais porque a rede agora aumentou assim muito. (TNS7).

É reconhecido, ainda, o fato de que os efeitos da precarização e da terceirização da gestão do trabalho existente nos serviços de saúde também repercutem na educação permanente, evidenciando uma relação intrínseca do mundo do trabalho com a qualificação profissional.

O fato de serem terceirizado me preocupa porque muito do que se investe em capacitação é pra terceirizados que podem perder o emprego a qualquer momento. Ai, você não tem garantia de que essa qualificação seja aplicada no serviço. (CRSM4).

Desse modo, mesmo se investindo em formação e qualificação para o trabalho, a possibilidade de melhorar continuamente a qualidade do cuidado, de consolidar a transformação do modelo de atenção, continua comprometida pela não garantia de permanência do trabalhador no serviço, em decorrência da elevada rotatividade promovida, em parte, pela fragilidade dos vínculos trabalhistas.

Há de se considerar, contudo, a necessidade de ampliar a oferta de educação permanente, sobretudo, quando se levam em conta os inúmeros relatos de que esta é insuficiente e que ocorreu ampliação da RASM. Além disso, mostra-se relevante o maior uso da potência pedagógica das rodas na operacionalização de processos formativos, o que, em última instância, implica a valorização do trabalhador.

Por fim, ressalta-se que desenvolver educação permanente nos serviços de saúde mental da rede pública, de acordo com Silva e Tavares (2003), pode contribuir para o estabelecimento de alianças estratégicas entre instituições de ensino

e os serviços, com vistas ao desenvolvimento de um trabalho integrado, fortalecendo e ampliando o conhecimento e a capacidade de intervenção dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da RASM em Fortaleza, no período que se estende de 2006 a 2011, foi acompanhada de uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde mental. Seu desenvolvimento permitiu a incorporação de novos trabalhadores nos serviços, exigindo o desenvolvimento de qualificação permanente destes, em virtude do objetivo de reorientação das práticas sanitárias, da complexidade do objeto de intervenção, qual seja o sujeito em sofrimento psíquico em múltiplas dimensões.

Evidenciou-se, o fato de que, no cerne desse processo, assumiu-se o compromisso de estruturar um modelo gestor da Política Nacional de Educação Permanente, operada por meio do Sistema Municipal de Saúde-Escola, o qual estava voltado a ordenar a formação de pessoal para o SUS, buscando integrar formação, ensino, pesquisa e produção de ciência e tecnologia adequadas à assistência e à promoção da saúde, ao espaço de trabalho.

Nesse âmbito, há de se considerar a oferta de vários processos de educação permanente aos trabalhadores de saúde mental, em distintas modalidades de formação, dentre os quais se destacam cursos de curta duração e de especialização, oficinas, seminários, participação em congressos, entre outros. Percebe-se, no entanto, um descompasso em relação à necessidade concreta dos trabalhadores, expressa na percepção de que são poucos cursos, além da dificuldade de liberação destes para participar dos cursos, em decorrência do subdimensionamento de pessoal em alguns CAPS.

Malgrado os registros de oferta e de realização de processos formativos, deve-se considerar ainda que a política de educação permanente é operada sem programação anual, ou sem que esta seja amplamente divulgada entre o coletivo de trabalhadores, o que se expressa em desconhecimento de sua implementação, por parte destes. Nestes termos, pode-se inferir que há desconpassos no que a gestão da RASM e da Educação Permanente se propõem no referente à qualificação dos trabalhadores e suas necessidades concretas.

Assim, se fazem necessários as diretrizes, objetivos e metas da Política de Educação Permanente, pois além de presentes no Plano Municipal de Saúde, devem ser desdobradas em ações estratégicas na Programação Anual de Saúde, com ampla divulgação entre os trabalhadores, com vistas a reduzir a falta de informação e de acesso aos processos formativos, o que poderá conferir maior visibilidade a esta política.

Por fim, entende-se ser necessário valorizar e/ou potencializar, nos serviços de saúde mental, outras estratégias que têm o potencial de contribuir com a formação dos trabalhadores, com base nos pressupostos da educação permanente, quais sejam, as rodas semanais de equipe – que podem funcionar como espaço administrativo, pedagógico e terapêutico, bem como a supervisão clínico-institucional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Locos por la vida:** la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Brasília: Senado Federal, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Mimeo. 336p. Fortaleza, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de saúde: 2006-2009.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

GUIMARÃES, J. M. G. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental:** incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. 2012. 286f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, 2012.

KODA, M. Y. A construção de Sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU editora, 2003. p. 67.88.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P.D.C. (orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 24-47.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

SAMPAIO, J.J.C.; GUIMARÃES, J.M.X.; ABREU, L.M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

SAMPAIO, J.J.C.; GUIMARÃES, J.M.X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SILVA, J.P.L.; TAVARES, C.M.M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set/dez, 2003.

SILVA, M.T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C.M.C. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 36-42, 2009.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2011.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: _____(org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

VASCONCELOS, M.I.O. *et al.* Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará: um estudo de avaliabilidade. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/875>>. Acesso em: 10/07/2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grasse. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SOBRE OS AUTORES

Andrea Caprara – Médico. PhD em Antropologia Médica pela Universidade de Montreal. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE-PPSAC (Mestrado e Doutorado).

Adriana Cavalcanti de Aguiar – Médica. Doutora em Educação (Harvard University). Pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Professora Titular do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Professora Visitante do European Máster of Public Health, Programa Erasmus, da Comissão Europeia.

Ana Patrícia Pereira Morais – Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Docente (Professora assistente/nível-5) da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Camila Marques da Silva Oliveira - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Carlos Garcia Filho- Médico. Doutorando do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Cícero Ricarte Beserra Júnior – Enfermeiro. Especialista em Auditoria em Saúde pela Faculdade São Francisco da Paraíba-FASP. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade São Francisco da Paraíba- FASP. Docente colaborador da Faculdade São Francisco da Paraíba – FASP.

Cleide Carneiro – Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP. Pesquisadora/professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta- Fisioterapeuta. Doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Daniela Vasconcelos de Azevedo – Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Ciências da Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Professora adjunta do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Débora Sâmara Guimarães Dantas - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Deborah Pedrosa Moreira – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Ampla Associação de IES UECE/UFC/UNIFOR.

Delane Felinto Pitombeira – Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Ediléia Marcela Dutra – Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/ Rede Norte-Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Edina Silva Costa - Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Elaine Neves Freitas – Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Elzo Pereira Pinto Junior- Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Erika de Vasconcelos Barbalho – Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Esrone Soares Carvalho Rocha – Enfermeiro. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Universidade de São Paulo. Professor adjunto da Universidade Federal do Amazonas -UFAM.

Evaldo Eufrásio Vasconcelos – Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/ Rede Norte-Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF.

Eysler Gonçalves Maia Brasil – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Francilene Xavier Ferreira – Enfermeira. Mestrado em Saúde Pública pela FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Professora Assistente da Universidade Federal do Amazonas- UFAM.

Francisco José Maia Pinto – Estatístico. Pós-doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo - USP. Professor da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Frederico Emmanuel Leitão Araújo – Médico. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professor da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Giselle Maria Duarte Menezes – Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

Helena Alves de Carvalho Sampaio - Nutricionista. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Henry Walber Dantas Vieira – Enfermeiro. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (FIOCRUZ/UFAM/UFPA) Doutorando em Enfermagem (EE-USP). Professor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

José Jackson Coelho Sampaio – Médico. Mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE-PPSAC (Mestrado e Doutorado).

José Maria Ximenes Guimarães - Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professor substituto do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Krysne Kelly de França Oliveira- Terapeuta Ocupacional. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Líllian de Queiroz Costa- Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Lúcia Conde de Oliveira- Assistente Social. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva- Médico e economista. Pós-doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Professor titular de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Márcia Andrea Barros Moura Fé – Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professora Assistente do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceara – UECE.

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora em Saúde Pública no Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz-Amazônia. Professora da Universidade Federal do Amazonas.

Maria Socorro de Araújo Dias - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

Maria Cecília Oliveira da Costa – Economista Doméstica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Maria da Penha Baião Passamai - Bióloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria das Graças Barbosa Peixoto – Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Maria do Socorro de Sousa – Pedagoga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora colaboradora do mestrado profissional em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Maria Marlene Marques Ávila – Nutricionista. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela USP/Faculdade de Saúde Pública. Professora da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

Maria Veraci Oliveira Queiroz – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2003). Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira - Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade de Fortaleza. Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Centro Universitário Christus (Unichristus) e Professora adjunta III do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Nádia Nogueira Gomes - Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

Nádia Tavares Soares - Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Nair Chase da Silva – Enfermeira. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ (2010). Professora Associada I da Universidade Federal do Amazonas.

Niágara Vieira Soares Cunha – Educadora Física e Fisioterapeuta. Mestre em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do Núcleo Docente Estruturante das Faculdades INTA.

Noeli das Neves Toledo – Enfermeira. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Amazonas. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Fisiopatologia e Clínica Médica da Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho de Botucatu/SP. Professora adjunta da Universidade Federal do Amazonas.

Patrícia Soares de Moura – Nutricionista. Mestranda em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Rafaella Maria Monteiro Sampaio – Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Docente dos Cursos de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do Centro Universitário Estácio-FIC do Ceará.

Ranniere Gurgel Furtado de Aquino – Médico e Fisioterapeuta. Mestrando em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará - UFC.

Renata Vasconcelos Ferreira – Nutricionista.

Roberta Peixoto Vieira – Enfermeira. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora temporária da Universidade Regional do Cariri - UD Iguatu e da Faculdade Vale do Salgado (FVS).

Sílvia Morgana Araújo de Oliveira - Odontóloga. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Sônia Samara Fonseca de Moraes - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Soraia Pinheiro Machado Arruda – Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

Thays Bezerra Brasil - Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.