

REVISTA APS

VOLUME 7 NÚMERO 1 JANEIRO/JUNHO DE 2004

SUMÁRIO

EDITORIAL

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS ATENDIDAS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO EM JUIZ DE FORA – MG.

EVALUATION OF BREAST-FEEDING IN CHILDREN ATTENDED BY THE SÃO SEBASTIÃO BASIC HEALTH UNIT IN JUIZ DE FORA - MG.

Claudia Abi-Nasser Casali Ferreira

CONHECIMENTO E ATITUDES EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO

KNOWLEDGE AND ATTITUDES IN ORAL HEALTH AMONG USERS OF THE PUBLIC ORAL HEALTH SERVICE

Christina Corrêa Rodrigues

Isabel Cristina Gonçalves Leite

Marcos Vinícius Queiroz de Paula

EVOLUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA MORTALIDADE DE ADOLESCENTES NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DE MINAS GERAIS

EVOLUTION AND SPATIAL DISTRIBUTION OF ADOLESCENT MORTALITY IN THE SOUTH AND SOUTHEAST REGIONS OF MINAS GERAIS

Maria Teresa Bustamante-Teixeira

Alexandre de Rezende Pinto

Denilson Gomes Barbosa

Carlos Eduardo Abreu Azevedo

Valério Mariani Lopes

PERCEPÇÃO DOS DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA EM RELAÇÃO À REFORMA CURRICULAR

LECTURERS' PERCEPTION AT THE MEDICAL SCHOOL OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA ON THE CURRICULAR RESTRUCTURING

José Antônio Chehuen Neto

Mauro Toledo Sirimarco

Maura Gomes de Resende

Fabiana Oliveira Bastos

Fábio Simplício Maia

Franciele Goulart Ribeiro

Glauco Resende Bonato

Lilian Cristina de Souza

Priscila Maroco Cruzeiro

Renata Henriques de Azevedo

Victor Azevedo de Oliveira

ARTIGOS DE REVISÃO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES GERIÁTRICOS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA EM APS

URINARY INCONTINENCE IN GERIATRIC PATIENTS: DIAGNOSTIC APPROACH IN PRIMARY HEALTH CARE

Lucas Vilas Bôas Magalhães

REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA DOCENTE: CONTRIBUIÇÃO DO PROMED/UFJF

REFLECTING ON TEACHING PRACTICES: CONTRIBUTIONS OF PROMED/UFJF

Beatriz Francisco Farah

Neuza Marina Mauad

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

INTERPERSONAL RELATIONSHIPS ON HEALTH FAMILY PROGRAM TEAM

Claudia Lins Cardoso

TRIBUNA

A 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Neuza Marina Mauad

Rosangela Maria Greco

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Livros e Periódicos

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

EDITORIAL

O ano de 2004 inicia-se com alguns fatos importantes na área da saúde.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, proposto pelo Ministério da Saúde e assumido pelas três esferas de gestão do SUS em parceria com outros órgãos de governo e da sociedade civil, tem por meta reduzir em 15% as mortes maternas e neonatais até 2007. Isso foi amplamente discutido no XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal, Rio Grande do Norte, de 17 a 20 de março de 2004, onde foi criada a REDE GANDHI – uma rede de saúde, cultura de paz e não violência. O desvendamento para a sociedade de que estes fatos são problemas de responsabilidade do setor saúde demonstra que o conceito de saúde, como qualidade de vida, é, de fato, um compromisso dos responsáveis pela saúde pública no Brasil.

Outro fato, marcante desse primeiro semestre de 2004, foi a II Mostra Nacional de Saúde da Família, que comemora os 10 anos da estratégia de Saúde da Família no Brasil. Com produção riquíssima e de excelente qualidade, Brasília recebeu cerca de 4500 atores do PSF, representando os diversos estados brasileiros. Esse evento traduziu a concretização da estratégia, que hoje conta com mais de vinte mil equipes espalhadas por todo o território nacional. Com criatividade, compromisso e muita garra esses profissionais buscam mudar a realidade de saúde no país. Nosso periódico foi levado para a Mostra e obteve grande receptividade; afinal, ele vem buscando nesses cinco anos de existência instrumentalizar todos os sujeitos da APS, contribuindo, assim, para a melhoria da atenção à saúde de milhares de brasileiros.

Trazemos, nesse número, discussões sobre o aleitamento materno, saúde bucal, relações interpessoais no PSF, mudanças curriculares no curso de medicina na UFJF - tendo como foco a percepção e reflexão dos docentes - e ainda um estudo sobre a mortalidade na adolescência no sul e sudeste de Minas Gerais.

Dessa forma, essa edição conta com uma temática diversificada e também com um novo projeto gráfico. Esperamos que tenha a aprovação de nossos leitores.

AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS ATENDIDAS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO EM JUIZ DE FORA – MG.

Evaluation of Breast-feeding in children attended by the São Sebastião Basic Health Unit in Juiz de Fora - MG.

Claudia Abi-Nasser Casali Ferreira*

RESUMO

Trata-se de um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Sebastião, na cidade de Juiz de Fora, onde atuam duas equipes do Programa de Saúde da Família. O objetivo deste é de analisar a situação do aleitamento materno da população da área de abrangência da UBS e compará-la com a situação observada antes do início do trabalho dos agentes comunitários de saúde nesta mesma região, tendo em vista a importância da amamentação para a redução da mortalidade infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Agentes Comunitários de Saúde; Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

This is a study carried out at São Sebastião Health Basic Unit (UBS), in the city of Juiz de Fora, where two Family Health Program teams work. This paper aims to analyse the breast feeding situation of the population covered by that unit and compare it with the one observed before the community health agents began working there, given the relevance of breast feeding in reducing infant mortality.

KEY WORDS: Breast Feeding; Community Health Agents; Infant Mortality.

1 INTRODUÇÃO

Apesar da importância do aleitamento materno para a saúde do bebê e da mãe e embora nada se compare ao leite materno – que tem todos os fatores componentes e imunológicos de que a criança necessita até os seis meses de vida – a duração média do aleitamento materno exclusivo, no Brasil, é de apenas 3 meses. (FITTIPALDI, 1995). O desmame precoce é uma realidade contra a qual as campanhas de amamentação e os profissionais de saúde ainda têm que lutar.

*Médica de família e comunidade, pós-graduação na UERJ, médica pediatra com residência na Fundação Hospitalar de Minas Gerais atua como médica de família do SUS Juiz de Fora.

Rua Professor Joaquim Queiroz, 125- São Sebastião- CEP - 36061-550 Juiz de Fora MG Fone: (32) 32163066 e 36907760 Email: ahrico@acessa.com

A amamentação é reconhecidamente um importante determinante da mortalidade infantil, especialmente em países pobres. (VICTORIA et al.,1987; MONTEIRO et al.,1990; HUFFMAN et al.,1991; MONTEIRO et al., 1992; SANTOS, 1994). É capaz de reduzir a taxa de mortalidade infantil, principalmente por doenças infecciosas e o efeito protetor do aleitamento materno decresce com o aumento da idade, sendo maior de 0 a 2 meses (MONTEIRO et al., 1992).

Os serviços de saúde, freqüentemente, contribuíram para as baixas taxas de amamentação, seja por não apoiarem e nem estimularem mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem com a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento. Como exemplo, temos a separação da mãe de seu filho logo após o nascimento, a administração de água glicosada em mamadeiras às crianças, antes da iniciação da lactação e o estímulo rotineiro do uso de substitutos do leite materno, os quais, apesar das medidas instituídas para combatê-los, ainda ocorrem em nossa sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que as crianças devem ser amamentadas exclusivamente ao seio materno até o 6º mês. O aleitamento deve continuar até os 2 anos de idade como complemento da alimentação. O desmame precoce é a interrupção da amamentação antes do lactente completar 6 meses de vida, independente da decisão ser materna ou não, e do motivo de tal interrupção.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a situação do aleitamento materno nas crianças nascidas vivas no ano de 2001, na área de abrangência da UBS São Sebastião, e compará-la com a observada no ano de 1999. O estudo foi realizado através de um levantamento feito em 2001 na mesma área e com os mesmos métodos. Através desta comparação, pretendeu-se verificar o impacto causado pela atuação dos agentes comunitários de saúde sobre a amamentação, tendo em vista que estes profissionais iniciaram suas atividades na área de abrangência da UBS São Sebastião no ano de 2000. Com a entrada dos agentes comunitários nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) local, houve uma intensificação do trabalho de incentivo e apoio ao aleitamento materno. Antes este era feito, durante o pré-natal, por meio de palestras e individualmente nas consultas e no pós-parto, através de visitas domiciliares, sendo que os profissionais envolvidos eram enfermeiros e médicos. Às vezes, a visita à puérpera só era feita um mês após o parto, devido à demora na chegada da notificação

do nascimento pelo Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) de Juiz de Fora. Com a chegada dos agentes comunitários, as visitas passaram a ser feitas mais cedo, tão logo a puérpera chegasse da maternidade. Estes profissionais puderam oferecer um apoio maior e mais precoce às mães, por estarem diariamente visitando as casas da comunidade.

O PSF vem sendo implantado no Brasil como importante estratégia para reordenação da prática assistencial. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família, de forma integral e contínua. Ele reafirma e incorpora princípios básicos do SUS como da equidade, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Na UBS São Sebastião, cada uma das 2 equipes do PSF local é composta por 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeiro e 5 agentes comunitários. Os agentes comunitários têm, dentre suas principais atribuições, cadastrar e visitar as famílias, identificar enfermidades, controlar uso de medicamentos em pacientes crônicos, dar orientações sobre prevenção de doenças e cuidados de higiene e com saúde.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado a partir de dados obtidos do SINASC do município de Juiz de Fora – MG, do ano 2001. Foram selecionadas todas as crianças nascidas vivas no ano de 2001, notificadas no SINASC, da área de abrangência da UBS São Sebastião, as quais totalizaram 93. Em 2001, foi realizado um estudo com a mesma metodologia, selecionando todas as crianças nascidas vivas no ano de 1999, notificadas no SINASC. (PEREIRA, 2001).

Foram feitas entrevistas com as mães destas crianças, pelos agentes comunitários de saúde, em janeiro de 2003. O questionário aplicado às mães constava de 4 perguntas (anexo 1). Os entrevistadores foram treinados para aplicar o questionário no domicílio das crianças e as mães foram avisadas de que participariam de uma pesquisa que estava sendo feita com todas as crianças nascidas entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2001, na área de abrangência da UBS São Sebastião. Das 93 crianças, 82 foram localizadas e participaram do levantamento e 11 não foram localizadas no endereço fornecido pelo SINASC.

Foram usadas as seguintes definições de aleitamento materno (WHO, 1992):

ALEITAMENTO MATERNO: a criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado);

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

3 RESULTADOS

Foi constatado que das 82 crianças avaliadas, 78 foram amamentadas e 4 não (Tabela 1).

TABELA 1 – Frequência de aleitamento materno na área de abrangência da UBS São Sebastião no ano de 2001.

	Número de crianças	Porcentagem
Amamentaram	78	95,12%
Não amamentaram	04	4,88%
Total	82	100%

A duração do aleitamento materno exclusivo variou de 0 a 7 meses (Tabela 2) e a duração da amamentação (não exclusiva) variou de 0 a 2 anos (Tabela 3). A idade das crianças no momento da pesquisa variou de 1 a 2 anos.

TABELA 2 – Duração do aleitamento materno exclusivo na área de abrangência da UBS São Sebastião no ano de 2001

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO	NÚMERO DE CRIANÇAS	PORCENTAGEM
0 a 15 dias	05	6,1
15 dias a 1 mês	19	23,17
2 meses	12	14,63
3 meses	09	10,98
4 meses	12	14,63
5 meses	07	8,54
6 meses	12	14,63
7 meses	06	7,32
TOTAL	82	100

TABELA 3 – Duração da amamentação na área de abrangência da UBS São Sebastião no ano de 2001

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO	NÚMERO DE CRIANÇAS	PORCENTAGEM
0 a 15 dias	04	4,88
15 a 30 dias	13	15,85
2 meses	13	15,85
3 meses	05	6,09
4 meses	07	8,54
5 meses	04	4,88
6 meses	05	6,09
7 meses	----	---
8 meses	04	4,88
9 meses	----	---
10 meses	02	2,44
11 meses	----	---
12 meses	----	---
13 meses	01	1,22
14 meses	06	7,32
15 meses	01	1,22
16 meses	01	1,22
17 meses	02	2,44
18 meses	02	2,44
>18 meses	12	14,63

OBS.: No momento da entrevista, 19 crianças ainda mamavam ao seio, tendo sido considerada a idade na data da entrevista.

Quanto à causa do desmame precoce, as justificativas mais freqüentes foram “leite secou” e “retorno ao trabalho” (Tabela 4).

Tabela 4- Justificativas das mães para o desmame precoce na área de abrangência da UBS São Sebastião ano de 2001.

CAUSA	NÚMERO DE CRIANÇAS
Leite não sustentava	04
Leite secou	18
Mãe sem paciência	02
Abscesso de mama	01
Orientação Médica	01
Retorno ao trabalho	13
Retorno ao estudo	01
Criança não quis mais	08
Criança ficou internada	02
Nova gravidez	03
Uso de pílula	01
Doença da mãe	03
Dor ao amamentar	01
Cansaço mãe	01
Total	59

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, foi observado que 24 crianças (29,2%) já não se alimentavam somente ao seio materno aos 2 meses de idade e que 58 (70,8%) ainda mamavam. As taxas obtidas estão bastante aquém do ideal, porém, se comparadas com as do Brasil fornecidas pela Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil (BEMFAM, 1997), com as levantadas na UBS São Sebastião no ano de 1999 e com as encontradas em um levantamento feito na cidade de Juiz de Fora no ano de 1995, mostram uma situação privilegiada da comunidade assistida pela UBS São Sebastião frente ao aleitamento materno (Tabela 5).

Tabela 5 –Comparação de dados de amamentação da BEMFAM (1997), UBS São Sebastião (1999), UBS São Sebastião (2001) e Juiz de Fora (1995).

	BEMFAM (1997)	UBS São Sebastião (1999)	UBS São Sebastião (2001)	Juiz de Fora (1995)
Crianças amamentadas ao seio	92%	92,8%	95,1%	89,2%
AM exclusivo até 2 meses	60%	65,3%	70,8%	—
AM exclusivo até 6 Meses	13%	15,3%	22%	—

4 COMENTÁRIOS

Apesar de ter observado uma pequena melhora nas taxas de amamentação na UBS São Sebastião em relação ao levantamento feito em 1999 no mesmo local, estamos ainda com índices bastante baixos. A melhora detectada foi bastante aquém da esperada com a entrada dos agentes comunitários de saúde nas equipes do PSF, talvez pelo fato dos profissionais (enfermeiros e médicos) que atuavam neste local anteriormente já trabalharem estimulando a amamentação desde 1998.

É preciso se traçar um plano de ação para aumentar a frequência e duração do aleitamento materno na região. Acredito que para isso seja necessário:

- 1) Incrementar o incentivo e apoio ao aleitamento materno, realizado no pré-natal e pós-natal pelos enfermeiros e médicos.
- 2) Organizar atividades educativas, em parceria com o Banco de Leite do município, para os agentes comunitários, mantendo-os sensibilizados e atualizados quanto à importância da amamentação, e ainda orientando e treinando-os para lidarem com os problemas mais frequentes durante o aleitamento materno.
- 3) Divulgar a importância da amamentação nas escolas, junto às crianças e adolescentes, para que estes ajudem a conscientizar os pais e avós em suas casas.

- 4) Atuar nas maternidades incentivando a divulgação, junto aos profissionais, dos malefícios trazidos pela mamadeira, tentando assim aboli-la dentre os itens pedidos para serem trazidos pelos pais, no momento da admissão das gestantes.
- 5) Sensibilizar pediatras para que não prescrevam leite de vaca para as mães já na alta hospitalar.
- 6) Estimular a criação de grupos de incentivo e apoio à amamentação no bairro, com envolvimento dos agentes comunitários de saúde, das avós e da pastoral da criança local.
- 7) Orientar as mães, na época do retorno ao trabalho, sobre seu direito de retirar 30 minutos em cada período de 4 horas de jornada de labor, para amamentar seu filho até o sexto mês de vida.
- 8) Incentivo do governo às empresas para que criem creches anexas às mesmas, facilitando a continuidade da amamentação após o término da licença maternidade.
- 9) Incentivo do governo à criação de salas, nos locais de trabalho, apropriadas para a ordenha e armazenamento de leite das mulheres que amamentam.

5. ANEXOS

QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS.

Nome da mãe:

Nome da criança:

Endereço:

Data de Nascimento:

Sexo:

Perguntas:

1) Amamentou?

Sim

Não

2) Quanto tempo mamou só no peito (aleitamento materno exclusivo)?

3) Quanto tempo mamou no peito (mesmo depois de iniciar sucos, leite artificial e outros alimentos)?

4) Por que parou de amamentar?

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno** (PNIAM). Brasília, 1991.

FERREIRA, C.A.C. **Aleitamento materno**: não basta incentivar, tem que apoiar. 1995. 40p. Monografia (Pós-graduação em Medicina de Família), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1995.

FITTIPALDI, M. O aleitamento primordial. **O Globo**, Rio de Janeiro, 14 maio 1995, Jornal da Família, p.1.

HUFFMAN, S.L. et al. **Breast feeding on infant mortality in developing countries**. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.

MONTEIRO, C.A. et al. Can infant mortality be reduced by promoting breast-feeding? Evidence from São Paulo city. INTERNATIONAL SEMINAR ON MORBIDITY, MORTALITY AND SOCIAL POLICY, Belo Horizonte, 1992, **Resumos...** [s.l.: s.n.] [1992?] p.109-121

MONTEIRO, C.A. et al. Redução da mortalidade infantil através da promoção eficaz da amamentação: o caso da grande São Paulo. **Revista Chilena de Nutrition**, Chile, v. 18, n. 12, p. 180-183, ago. 1990.

PEREIRA, R.P. **Aleitamento materno**: a realidade da UBS São Sebastião/ Juiz de Fora. 2001. 21p. Monografia (Especialização em Ações Institucionais em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2001

SANTOS, T.F. Amamentação e mortalidade infantil no nordeste. In: SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BEMFAM. **Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil**: pesquisa sobre saúde familiar no nordeste, 1991. Rio de Janeiro, 1994.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro, 1997.

VICTORIA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infections diseases in Brazil. **Lancet**, London, v. 2, p. 319-322,1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breastfeeding practices. Update. **Programme for control of Diarrhoeal Diseases**, v.10, p. 1-4, 1992.

Submissão: setembro de 2003

Aprovação: janeiro de 2004

CONHECIMENTO E ATITUDES EM SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO

Knowledge and attitudes in oral health among users of the public oral health service

Christina Corrêa Rodrigues*

Isabel Cristina Gonçalves Leite**

Marcos Vinícius Queiroz de Paula***

*Prefeitura de São João Del Rei, especialista em Ações Institucionais e Saúde Coletiva (FSS/UFJF)
Endereço para correspondência: Av. Barão do Rio Branco, 1519/201 – Centro CEP: 36035 000 Juiz de
Fora – MG E-mail: icgleite@bol.com.br

**Doutora em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ); professora titular da Universidade Presidente Antônio
Carlos e Estácio de Sá, Prefeitura de Juiz de Fora

***Doutor em Biociências Nucleares pela UERJ, professor assistente da Universidade Federal de Juiz de
Fora

RESUMO

O presente estudo teve como proposta a análise subjetiva de atitudes e conceitos em saúde bucal de uma amostra de pacientes assistidos pelo serviço público do município de São João Del Rei (MG). Nos três segmentos analisados (usuários do serviço privado, usuários do serviço público urbano e rural) nota-se uma forte crença que associa a redução dos custos e dor com a precocidade de visitas ao dentista, aliado a diminuição do risco de perda dentária. Foram baixos os índices de acerto na questão referente à associação entre gravidez e cárie. Em questões referentes à educação odontológica, percebeu-se a notável participação do profissional enquanto agente de informação de saúde, especialmente na análise de respostas da amostra rural. Conclui-se que o envolvimento do cirurgião-dentista de forma regular e precoce, exercendo seu papel de informador e educador em saúde bucal, são fundamentais para estimular o autocuidado no paciente, independente de seu nível socioeconômico.

PALAVRAS-CHAVE: Atitudes e Conhecimentos ; Educação em Saúde Bucal ; Promoção de Saúde ;Saúde Bucal Coletiva

ABSTRACT

The aim of this study was the subjective analysis of attitudes, knowledge and beliefs in oral health of a sample of patients attended by the public service of São João Del Rei city (Minas Gerais state, Brazil). After the collection of data, the results showed in the three analyzed segments (users of private oral health services, users of public services at urban and rural area) a strong belief that associates the reduction of the costs and pain with the precocity of visits to the dentist, as the reduction of the risk of dental loss. It had low indexes of success referring subjects to the association with pregnancy. In these results, it was noticed the professional's notable participation while agent of information on health, especially in the analysis of answers of the rural sample. We conclude that dentists, in a regular and precocious involvement, exercising informant roles as educators in oral health, are fundamental to stimulate the own care in the patient, independent of his/her socioeconomic stratum.

KEY WORDS: Attitudes and Knowledge ; Oral Health Education; - Health Promotion; Public Oral Health

1. INTRODUÇÃO AO TEMA

Durante anos, a preocupação da classe odontológica limitava-se em tratar dentes, utilizando técnicas cirúrgicas e restauradoras e materiais capazes de impedir a progressão das doenças bucais. Os profissionais, em sua grande maioria, enxergavam a cavidade bucal como uma região isolada do resto do corpo, manipulando-a como se fosse uma parte inerte, sem vida.

Felizmente, surge um novo modelo de prática odontológica baseado na promoção de saúde, em que a prevenção e o controle das doenças da boca surtem um efeito mais amplo, mais benéfico e muito mais valorizado pelos pacientes, se comparado à "fase artesanal" de restaurar dentes. Em contrapartida, Narvai (1994) considera que mesmo com os avanços da Odontologia Preventiva nos anos 80, estes não foram suficientes para derrubar por completo o modelo de prática e assistência odontológicas hegemônico.

Apesar das novas propostas de promoção de saúde e dos atuais indicadores epidemiológicos evidenciarem modificações no padrão de saúde bucal dos brasileiros, esta não é a realidade de grande número de usuários que procuram pelo atendimento odontológico, tanto no setor público quanto no privado. Possíveis fatores, tanto do lado do profissional quanto do paciente, merecem ser enfocados para explicar o estado de "não saúde bucal" deste grupo de usuários, já que, provavelmente, a grande maioria se enquadra nas justificativas que se seguem.

O ensino de graduação nas Faculdades de Odontologia, em sua grande parte, dá prioridade aos meios de diagnóstico e tratamento das principais alterações que podem acometer a cavidade bucal, diante de um quadro nosológico já instalado. Como consequência, há falta de profissionais empenhados em atuar no processo de informação ao paciente por meio da educação em saúde bucal. Aliado a esse fato, os dentistas que executam o seu trabalho no setor privado estão mergulhados numa visão de mercado, que os restringem trabalhar sob o aspecto preventivo; já os do serviço público trabalham sob a égide da produção odontológica, que exclui de seus procedimentos o processo de troca de informação profissional-paciente. Em contrapartida, os profissionais que buscam transmitir aos seus pacientes meios que possibilitem uma melhoria na qualidade de vida, talvez o façam com um vocabulário técnico, impróprio ao entendimento do paciente. Finalmente, deve-se considerar a possibilidade de desistência dos profissionais em continuarem perseverantes no ensinamento, frente a um paciente que tem certa

dificuldade de pôr em prática o que lhe está sendo proposto, contribuindo para o agravamento desta realidade.

Destaque também deve ser dado às deficiências presentes nos pacientes. Inicialmente, há uma defasagem do ensino escolar com relação à prevenção e à promoção de saúde, o que os leva, no presente ou futuro, quando deparados frente ao assunto, a demonstrarem falta de atenção, de valorização e de interesse em colocar em exercício aquilo que lhes é informado pelo profissional.

Tendo em vista o reportado na literatura e o verificado, tanto na prática quanto no discurso em Saúde Bucal Coletiva, são oferecidas como possíveis soluções: (i) a transformação do paradigma clínico-restaurador em procedimentos relacionados à prevenção/promoção de saúde; (ii) o reconhecimento de que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela; (iii) a informação ao paciente de que as doenças infecciosas bucais ou a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas com quadros graves, capazes, inclusive, de levar o indivíduo à morte.

Com isso, é papel do cirurgião-dentista (CD) reconhecer a necessidade de cada paciente que o procura. É uma responsabilidade profissional despertar a atenção do seu paciente em aprender a manter a sua saúde, colocando-o ciente da importância de sua participação nesse processo (BARREIRA et al., 1997; GARCIA et al., 2000). Assim, torna-se fundamental que o relacionamento paciente - profissional seja o melhor possível, marcando o início desse longo caminho a se percorrer.

A educação em saúde é um processo capaz de modificar o comportamento do paciente, distinguindo-se a heteroeducação da auto-educação. A primeira manifesta-se quando as influências sofridas pelo indivíduo incidem sobre o mesmo, independente de sua vontade. Na auto-educação, ao contrário, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de modificar o seu comportamento e submeter-se a elas (LEVY et al., 2000).

O presente trabalho propõe uma avaliação dos conceitos, atitudes e educação odontológica de uma amostra aleatória de pacientes atendidos pelo serviço público do município de São João Del Rei, bem como de uma área rural pertencente ao mesmo e de acadêmicos de uma fundação de ensino superior desta cidade, representando pacientes assistidos pelo setor privado. Tem como objetivo central identificar os conhecimentos

existentes e discutir a auto-educação na atenção odontológica. Paralelamente, são abordados princípios norteadores da formação de profissionais envolvidos com a promoção de saúde e a importância da participação do paciente no processo terapêutico e na ação preventiva.

2. CASUÍSTICA - MATERIAL E MÉTODOS

2.1. População estudada

São João Del Rei é um município mineiro pertencente à região do Campo das Vertentes, com 78 576 habitantes (IBGE, 2000), situado a cerca de 180 Km de Belo Horizonte. Este trabalho foi desenvolvido na sede do município e numa área rural pertencente ao mesmo - Arcângelo - com 1472 habitantes (IBGE, 1991), distante 32 Km da sede. A atividade econômica predominante de São João Del Rei é o turismo e comércio associado e, da área rural estudada, a pecuária leiteira. A água de abastecimento público, tanto da sede quanto em seus distritos, não é fluoretada, segundo informações fornecidas pelo Departamento Autônomo de Águas e Esgoto de São João Del Rei.

Em relação à atenção odontológica, há uma predominância de atendimento do setor privado (102 cirurgiões-dentistas), com uma taxa estimada dentista/população de 1/770 habitantes, conforme dados do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais disponíveis até março de 2002. A intervenção do setor público é feita por 34 profissionais, distribuídos nos postos de saúde das áreas urbana e rural, onde vigora uma prática eminentemente curativa (atendimento clínico generalista, não sendo executados serviços de algumas especialidades, como prótese e endodontia), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de São João Del Rei. Na área rural, o atendimento odontológico público, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é oferecido aos maiores de 5 anos, mediante a liberação de vaga do paciente pré-cadastrado e, obrigatoriamente, em caso de emergência. Nesta localidade há um único profissional atendendo no posto de saúde local (C.C.R.). Na área urbana, a partir de fevereiro de 2002, o atendimento de adultos foi limitado a extrações e/ou em caso de emergências, sendo o tratamento, preferencialmente, destinado aos menores de 14 anos cadastrados. Antes desta alteração, o atendimento era aberto a toda população, de maneira semelhante à área rural.

2.1 Coleta de dados

Para o estudo, construiu-se um instrumento, adaptado de Bervique & Medeiros (1983), contendo 27 perguntas referentes à etiologia, desenvolvimento, prevenção e tratamento da cárie dentária e doença periodontal. Este questionário permite a observação do grau de educação e comportamento odontológicos dos pacientes. Está estruturado com respostas fechadas, sendo auto-aplicado. Contém informações de identificação como idade, sexo, ocupação profissional e escolaridade. Foram feitos pré-testes em 5 pacientes para adequação do vocabulário. A classificação profissional e de escolaridade segue o padrão preconizado pelo Ministério da Saúde, na atualização de 19 de abril de 2001 para a implantação do cartão SUS (BRASIL, 2001).

Foram selecionados aleatoriamente, a partir do cadastro numerado de espera para atendimento dos usuários das áreas em questão, 50 pacientes atendidos pelo serviço público do município de São João Del Rei (MG) na área urbana (Núcleo Odontológico) e 50 pacientes atendidos na Unidade de Saúde da área rural de Arcângelo. Representando pacientes assistidos pela iniciativa privada, foram também selecionados 50 acadêmicos do curso de Ciências Econômicas (escolha aleatória de período e curso) da Universidade Federal de São João Del Rei (FUNREI). Sendo um curso noturno, foi evidenciada grande variabilidade na idade dos sorteados, reduzindo um potencial viés de seleção relativo à idade. Previamente, foi feita a apresentação do projeto para obtenção da autorização para sua execução junto ao poder público municipal e ao coordenador do curso. A faixa etária estipulada para a participação foi de 18 a 50 anos. O presente estudo atende especificações do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, que isenta de aprovação no referido comitê pesquisas que não envolvam identificação pessoal, coletando informações por meio de entrevistas ou questionários.

2.2 Análise dos dados

O presente trabalho descreveu os resultados quantitativos desta pesquisa conjugando uma versão qualitativa durante sua discussão, na medida que em um inquérito, segundo Hamblin (1971), há uma baixa explicação da variância, ou seja, a exatidão ótima pode não corresponder aquilo que se alcança. Assim sendo, esta associação de técnicas torna-se de vital importância.

Para construção do banco de dados foi utilizado o programa Dbase III. Na análise estatística, os dados foram exportados para o Programa Epi-Info 6.04 (χ^2 para

comparação de frequências observadas e ANOVA para comparação de médias) e as análises descritivas no SPSS 8.0 for Windows. O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

Para compor a amostra probabilística foram entrevistados 150 indivíduos, segmentados em três grupos, a saber: área rural (AR), área urbana (AU), ambos assistidos pelo setor público e o estrato universitário (EU), este assistido pelo setor privado. As idades médias foram de 29,4 anos (AR), 31,9 (AU) e 21,2 (EU), sendo que estas médias não foram estatisticamente diferentes.

Excetuando-se o segmento EU, a distribuição por escolaridade indica o predomínio do ensino fundamental incompleto (até 1º ciclo) na área rural, e fundamental completo (até 2º ciclo) na área urbana, conforme indicado na tabela 1.

A formação até o ensino fundamental completo não diferiu entre os segmentos rural e urbano Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição percentual da escolaridade entre os entrevistados das áreas rural e urbana, São João Del Rei, 2001

Escolaridade	Área Rural (AR)	Área Urbana (AU)
	%	%
Alfabetizado	2	---
Fundamental - 1º ciclo -	72	28
Fundamental - 2º ciclo -	14	46
Médio incompleto	4	10
Médio completo	8	10
Superior incompleto	---	5
Superior completo	---	1

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

As respostas do presente estudo foram agrupadas em três seções, sendo que os dados coletados estão expressos nas tabelas 2, 3 e 4 e correspondem ao total da amostra.

Posteriormente, as frequências observadas para cada resposta nas três áreas segmentadas foram comparados usando a estatística χ^2 .

No conjunto descrito na tabela 2, a análise dos segmentos revelou diferença significativa apenas nas questões sobre responsabilidade do profissional no sucesso do tratamento (2) ($p < 0,04$), influência do leite na calcificação dentária no adulto (7) ($p < 0,02$), a frequência do tratamento odontológico e conseqüente degeneração da saúde bucal (8) ($p < 0,04$) e a necessidade de tratamento de dentes decíduos (9) ($p < 0,0001$). Os maiores percentuais de erros (sendo erro entendido como percentual de respostas distintas das esperadas com base no conhecimento normativo) foram percebidos na população rural, comparado à urbana (questão 7) e aos universitários (questões 2, 8 e 9). Estratificando a análise na área rural, por nível de escolaridade, percebe-se que no segmento com nível médio de formação, o comportamento se assemelha ao dos outros dois segmentos na resposta ao item 2 havendo, portanto, diferença nesta percepção quanto ao nível de escolaridade ($p < 0,03$).

Tabela 2. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre crenças e atitudes odontológicas dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Frequência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
1. Influência da aparência no relacionamento com as pessoas	88,0	100,0
2. Dentista como único responsável pelo tratamento	80,0	100,0
3. Inter-relação saúde geral e saúde bucal	88,7	100,0
4. Influência do atendimento precoce no custo e dor	97,3	100,0
5. Uso da dentadura como resolução dos problemas bucais	74,7	100,0
6. Gravidez e sua relação com a cárie dental	42,7	100,0
7. O leite melhora a calcificação dos dentes no adulto	32,7	100,0

8. Frequência do tratamento odontológico levando ao uso de dentadura	90,0	100,0
9. Os dentes de leite não precisam ser tratados	64,0	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

Nos itens relativos aos conhecimentos sobre conceitos odontológicos (tabela 3), as diferenças estatísticas ocorreram nas questões sobre etiologia da cárie (11) ($p < 0,001$), periodicidade das visitas odontológicas (13) ($p < 0,04$) e objetivos do tratamento restaurador (17) ($p < 0,001$), sendo que, para este conjunto, o segmento universitário demonstrou maior nível de conhecimento. A área rural exibiu os menores percentuais de acerto para os motivos de se submeter ao tratamento odontológico (44%). A análise estratificada deste segmento, por nível de escolaridade, demonstrou existir diferença estatisticamente significativa entre pacientes com formação até o nível fundamental de ensino e aqueles com formação de nível médio ($p < 0,001$), sendo que os últimos tiveram conhecimento similar ao dos outros segmentos (AU e EU).

Tabela 3. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre conhecimentos odontológicos dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Frequência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
10. Região de erupção do primeiro molar permanente	23,3	100,0
11. Etiologia da cárie	65,3	100,0
12. Motivo da remoção do cálculo dental	94,7	100,0
13. Periodicidade das visitas ao dentista	77,3	100,0
14. Região de maior frequência da cárie	62,0	100,0

15. Função do flúor	58,0	100,0
16. Relação entre a mobilidade dental à doença periodontal	46,7	100,0
17. Motivo do tratamento dental	65,3	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

Os aspectos referentes à educação para saúde bucal dos entrevistados, analisados na tabela 4, apontam para um desconhecimento quanto ao tipo de escova dental ideal ($p < 0,01$), especialmente na área rural (42% de acerto). Quanto a etiologia da mobilidade dentária a resposta **não sei** (ignora) variou de 48% (na área urbana) a 26% entre os universitários ($p < 0,001$). Curiosamente a área rural exibiu os maiores percentuais de acerto (50%), sendo superior ao AU ($p < 0,01$) e EU ($p < 0,001$).

Tabela 4. Distribuição percentual de acertos, por questão, relativa à seção sobre educação odontológica dos entrevistados, São João Del Rei, 2001

Conteúdo das questões	Frequência relativa das respostas corretas (%)	Expectativa de acertos por questão (%)
18. Responsabilidade do dentista e do paciente na manutenção da saúde bucal	92,0	100,0
19. Consequência da perda prematura de dentes	52,7	100,0
20. Motivo da utilização de próteses	61,3	100,0
21. Forma adequada da escova de dentes	60,0	100,0
22. Idade de maior incidência das doenças bucais	43,3	100,0
23. Motivo do sangramento gengival	66,7	100,0

24. Cárie como a mais comum das doenças bucais	96,7	100,0
25. Relação da ingestão freqüente de diferentes formas de açúcar e a cárie	94,0	100,0
26. Motivo da mobilidade dentária	30,0	100,0

Fonte: Christina Corrêa Rodrigues, pesquisa "crenças dos usuários de serviços odontológicos" (2001)

4. DISCUSSÃO

Bernd et al. (1992) realizaram um trabalho, de natureza qualitativa, junto a uma comunidade de baixa renda, na Zona Norte de Porto Alegre. Neste estudo, apareceu com alta freqüência a opinião de que dentes anteriores estragados ou ausentes interferem negativamente nas relações pessoais, e o valor atribuído à saúde bucal está associado ao papel que estes dentes desempenham na integração social. No presente trabalho, houve também uma alta freqüência de acertos com relação à influência da aparência dos dentes no relacionamento social (88,0%), demonstrando que a aparência das pessoas é um aspecto de crucial importância para um comportamento amistoso na sociedade.

Barreira et al. (1997), numa entrevista com pais de pacientes atendidos na clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, revelaram que muitos acreditam que não há necessidade de utilização de escova dental em crianças menores de 1 ano e meio de idade, e que a época correta para levar as crianças ao consultório inicia-se apenas quando houver a troca de dentes. Comprova-se, nestes dados, a falta de conhecimento sobre Odontologia para bebês e a desvalorização dos dentes decíduos. Isto serve de alerta para a necessidade alarmante de divulgação da atenção primária, a fim de conscientizar os responsáveis sobre o processo preventivo, a remoção e controle dos fatores de risco para a manutenção de condições odontológicas ideais de seus filhos, e a preservação dos dentes de leite na cavidade bucal (WALTER et al., 1996). No presente estudo houve uma significativa diferença no índice de respostas consideradas corretas na questão referente a ausência de necessidade de tratamento dos "dentes de leite", entre a área rural e os universitários ($p < 0,001$), o que sugere que há

uma concepção errônea na população rural, podendo ser atribuída a falta de informação dessa comunidade. Apesar do movimento da odontologia preventiva, 54% da população rural e 34% da população urbana entrevistadas acreditam que os dentes decíduos não precisam ser tratados. Na área rural especificamente não há dentista que atua na escola, nem mesmo odontopediatra que presta serviços no Posto de Saúde. Provavelmente, essa dificuldade de acesso da população explique parcialmente esse baixo índice de acerto. Há, desta forma, a necessidade de esclarecimento dos grupos atendidos pelo serviço público da real importância do tratamento e preservação dos "dentes de leite" na cavidade bucal, já que nessa questão a variável escolaridade parece contribuir para tais diferenças.

No mesmo estudo de Barreira et al. (1997) ficou evidente que a procura pelo dentista ocorre basicamente após a instalação de problemas bucais, apesar dos entrevistados reconhecerem que esta atitude é incorreta. A falta de periodicidade de visitas ao profissional foi justificada pela precária condição financeira, pela indisponibilidade de tempo e, além disso, essas pessoas julgam apresentar outros problemas de maior necessidade de resolução. Esteves (1999), estudando uma amostra constituída por alunos dos cursos de odontologia, enfermagem e medicina de Alfenas (MG), pertencentes a diferentes classes sociais, relataram que a procura pelo dentista ainda se faz em caso de dor, em detrimento da prevenção. Conclui-se, que a variável escolaridade não contribui para uma correta percepção dos usuários neste aspecto. Os dados do presente estudo indicam um grande percentual de acertos (93,7%) na questão referente a influência do atendimento precoce na redução do custo e dor, o que contradiz a prática, de acordo com os trabalhos anteriores. Um achado que merece destaque é o relato quanto à periodicidade das visitas ao dentista, notando-se uma significativa diferença ($p < 0,01$) existente entre pacientes atendidos pelo setor público e privado, havendo um percentual mais aceitável na regularidade das visitas entre os usuários do serviço particular (universitários). Apesar de, pelo menos, 70% dos entrevistados do serviço público recomendarem visitas semestrais ao CD, este percentual alcançou 90% entre os universitários. Sugere-se que esta diferença possa ser explicada por uma maior facilidade de acesso desses pacientes em relação aos dependentes do serviço público, no qual estes são atendidos obrigatoriamente pelo dentista em caso de emergência ou, caso contrário, mediante a liberação de vaga, obedecendo-se uma ordem de pacientes cadastrados para o atendimento.

Neste trabalho, a responsabilidade exclusiva do profissional pela permanência / durabilidade de um determinado serviço odontológico realizado mostra diferença mais evidente entre a população rural e os universitários ($p < 0,01$). Enquanto na área rural, 26% acreditam que a integridade do tratamento restaurador seja de exclusiva competência do cirurgião-dentista, este percentual cai para 10% entre os universitários. Ao diferenciarmos as pessoas entrevistadas da área rural quanto ao nível de escolaridade, observa-se uma maior tendência de acertos no segmento com nível médio de formação, assemelhando-se aos percentuais dos segmentos urbano e universitário. Esta observação sugere que o fator escolaridade contribui para tal resultado. A ideologia aceitável de que não apenas o dentista deve se responsabilizar por seus procedimentos é amparada no trabalho conduzido em Itapeim (CE), localidade na qual a única atividade dos dentistas é a extração (NUTO, 1999). Embora permeada pela cultura local, os homens não se submetem a cirurgias porque acreditam que podem desencadear quadros de hemorragia frente ao esforço físico praticado por eles no trabalho. Mediante esta percepção, os homens são, inclusive, excluídos do atendimento. Evidentemente, esta radicalidade deveria ser eliminada, através de um modelo de atenção à saúde bucal que incluísse a população masculina e a esclarecesse quanto à real necessidade de repouso e restrição de atividades. Em oposição a esta excessiva preocupação, no estudo de Barreira et al. (1997), a maioria dos pais entrevistados acreditavam que após o tratamento de seus filhos, estes não apresentarão novas cáries, porque para eles o tratamento dentário é definitivo e a responsabilidade pela saúde bucal de seus filhos é exclusiva do dentista.

Com relação ao conhecimento popular sobre saúde bucal das gestantes, o trabalho de Bernd et al. (1992) apontou que a percepção mais marcante do discurso de gestantes gaúchas foi a de que dentistas, amigos e familiares influenciaram decisivamente na concepção da impossibilidade de tratamento odontológico neste período, mesmo quando elas demonstravam interesse em buscar atendimento. A formulação da hipótese que poderia explicar a origem deste discurso parece um exercício de bastante complexidade. Talvez envolva o processo de informação dos profissionais e, até mesmo, um mecanismo de defesa dos mesmos referente a traumas e medos relacionados ao tratamento odontológico no decorrer da gestação. Em consequência, a população, em sua grande maioria, apresenta-se sem a informação necessária e correta, o que gera uma cultura popular permeada de ambigüidades e crenças. Provavelmente em função destas mesmas reflexões, os segmentos entrevistados

em São João Del Rei apontam uma frequência baixa de acertos (42,7%) na questão que trata do aparecimento de cáries na gravidez. Tal crença foi também considerada como verdade em 40,7% das 237 gestantes entrevistadas em cidades do interior do Estado de São Paulo (Santos-Pinto, 2001). Esta concepção não se restringe à cultura brasileira, estando disseminada em outros países como Austrália (CHAPMAN et al., 1971) e Chile (MISRACHI; SAEZ, 1989), demonstrando nesses achados que a maioria das gestantes desconheciam a inexistência da relação de causalidade entre o processo de cárie e gestação.

Os dados apresentados neste estudo na seção correspondente a conhecimentos odontológicos quanto à etiologia da cárie, apontam para um maior conhecimento dos universitários, havendo uma diminuição no percentual de acertos na população rural. Nesta população, praticamente a metade dos entrevistados acredita que a causa da doença cárie se limita basicamente a deficiência na escovação (44%), sendo que esta ação isolada é relatada por apenas 28% dos entrevistados da área urbana e 2% dos universitários. Estes dois segmentos somam a questão microbiológica e dietética na questão etiológica. Em 23,1% dos entrevistados usuários do serviço público avaliados no trabalho de Unfer e Saliba (2000), a etiologia foi atribuída à presença de bactérias, fungos ou "bichinhos". No estudo de Bernd et al. (1992), a origem das cáries foi entendida como resultante de certos hábitos alimentares, como doces, chocolates, carne entre os dentes e, até mesmo, ferro para tratamento de anemia. No estudo de Barreira et al. (1997) 81% dos pais entrevistados consideraram que também o tipo de alimento influencia no aparecimento de cáries. Na avaliação cultural feita por Nuto (1999) em um serviço de saúde bucal de Beberibe (CE), a percepção do processo causal da cárie gira em torno da "lagarta", a qual tem preferência por alimentos doces, utilizando-se destes para "roer" o dente, com maior frequência durante o dia, pelo fato da alimentação ser feita predominantemente neste turno. Dentro desse contexto há uma crença curiosa, de que essa população prefere um tratamento traumático (extração dentária) a uma restauração, porque além de resolver a dor, "mata a lagarta". Para eles, o tratamento restaurador tem o poder exclusivo de "acalmar a lagarta". Conclui-se dessa forma, que grande parte das pessoas pensam que a etiologia da cárie é unifatorial, o que faz crescer a cada dia a necessidade do esclarecimento da natureza multifatorial, não só estabelecida por Keys (1962) na tríade substrato, microbiota e superfície dentária, mas modulada por uma série de fatores culturais, socioeconômicos, educacionais, dentre outros.

Ainda no trabalho de Nuto (1999), o conhecimento popular admite que a cárie instala-se inicialmente no "pé do dente" (raiz) e, à medida que aumenta seu tamanho, entra no dente e começa a "comer por dentro" até se exteriorizar por cima. Esta concepção baseia-se também na falta de informação e esclarecimento da população da face do dente em que a doença ocorre com maior freqüência. No presente estudo, existe também uma concreta necessidade de elucidação da população entrevistada, visto que o percentual geral de acertos na questão 14 foi de 62%. Isto implica em um cuidado insuficiente direcionado à região de maior incidência de cárie, ou seja, superfícies oclusais / proximais.

Outro aspecto de destaque no presente trabalho refere-se à falta de informação dos usuários em ambos serviços, público e privado, quanto a função do flúor. Praticamente em igual proporção de desconhecimento, os usuários dos serviços municipais de saúde de Santa Maria, em 1997, também atribuíram diferentes funções ao flúor, de acordo com as variadas culturas populares (UNFER; SALIBA, 2000). No estudo de Nuto (1999), mesmo as mães sabendo da realização de bochechos semanais de flúor nas escolas freqüentadas por seus filhos, quando indagadas do que seria necessário para a manutenção dos dentes sadios, somente foi dada ênfase ao autocuidado: escovação e controle na ingestão de doces, e em segundo plano a importância do tratamento. O flúor foi excluído como atividade preventiva por não fazer parte do modelo cultural dos usuários. Sugere-se que, em diferentes regiões, os dentistas podem estar deixando a desejar na orientação aos assistidos sobre mecanismos relacionados à prevenção das patologias bucais.

Vários estudos avaliaram aspectos referentes à educação odontológica. Tamiatti et al. (1998) realizaram uma análise quantitativa de alunos de 5ª a 8ª séries de uma escola pública de Belo Horizonte (MG), avaliando temas referentes à percepção, conhecimentos e educação em saúde bucal. A maioria não considerou a cárie como doença, não associou a saliva com o seu desenvolvimento e acreditou que a perda dos dentes é inevitável nos idosos. É importante considerar que trimestralmente estes alunos recebiam informações sobre educação em saúde bucal. Araújo (2000) aponta que em vários países, incontáveis programas educativos em saúde têm sido conduzidos por décadas, em escolas e outros locais, além da distribuição de grande quantidade de materiais educativos / preventivos sobre saúde bucal. Mesmo assim, esses esforços não alcançaram todos os objetivos que foram pretendidos. Sugere-se uma substituição dos métodos atuais por ações participativas, postas em prática mediante representação

social, dando prioridade à promoção de saúde nos serviços de assistência. A influência do profissional no conhecimento, desenvolvimento e aprimoramento de práticas saudáveis e métodos educativos em saúde bucal à população também é muito significativa. Como exemplo, neste estudo, nas questões 22, 23 e 26 nota-se, em média, maior proporção de respostas consideradas corretas nos entrevistados da área rural, superior inclusive à média dos universitários (dados não apresentados, com diferença entre os segmentos estatisticamente significativa). Esta aparente contradição pode ser atribuída a um viés de seleção da amostra entrevistada, referente à fonte de informação de que eles dispõem. Este viés, no entanto, ilustra a influência profissional nos conhecimentos da população assistida : a profissional que os atende (a autora) enfatiza, em suas orientações, prioritariamente, questões referentes à higiene bucal para a manutenção da saúde periodontal, dada a área de concentração de sua formação de pós-graduação, na qual este tema é de fundamental importância.

Wannmacher (1995) considera que fatores sociais, econômicos e culturais podem interferir no processo de doença de um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento da cárie dental. Isto se reflete em países desenvolvidos, nos quais grande parte da contribuição para o declínio da experiência desta doença parece estar associada a melhor qualidade de vida das populações, sendo que a saúde bucal apresenta-se como uma prioridade. Dentre outros fatores, os socioeconômicos geralmente avaliados pela escolaridade e renda (este último sujeito a inúmeros erros), refletem que as piores condições de saúde em geral, afetando os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado da doença, ocorrem nas pessoas que apresentam um baixo nível socioeconômico. Tal afirmação concorda com o pensamento de Starfield (1982).

Desta forma, Dimenstein (1996) acredita que informações e a convivência na escola possibilitam uma busca de melhores níveis de auto-imagem e auto-estima, mesmo que conhecimentos de higiene e experiências a respeito de hábitos saudáveis não constituam conteúdo escolar. Algumas respostas desse trabalho referentes a crenças, atitudes odontológicas e conhecimentos em saúde bucal estão em concordância com estas considerações, que demonstram a influência do fator escolaridade na percepção da doença (questões 2, 9, 11, 13 e 17).

Freire et al. (2000) conduziram um estudo quali-quantitativo em Goiânia (GO) sobre os conhecimentos em saúde bucal de médicos pediatras, demonstrando que a grande maioria dos médicos apresentou um elevado grau de insegurança quanto ao tipo

de orientação que é dada aos pais, provavelmente devido à fragmentação e pouca consistência de informações recebidas, havendo uma certa dificuldade de comunicação profissional-paciente. Comprova-se, mais uma vez, a necessidade de se trabalhar em equipes de saúde, já que, na maioria das situações cotidianas, o acompanhamento do desenvolvimento infantil se limita à assistência médica. Além disso, é preciso que se acrescente ou seja dada uma maior atenção ao ensino nas Faculdades e residências de Medicina, no que diz respeito aos fatores biológicos, sociais e econômicos que influenciam na instalação e desenvolvimento das doenças bucais. Esta abordagem tem por finalidade demonstrar que a responsabilidade por um certo grau de desconhecimento em saúde bucal dos indivíduos não se limita apenas aos cirurgiões-dentistas, devendo ser extensiva aos demais profissionais de saúde.

Com relação a todos esses princípios, cabe ressaltar a grande importância da incorporação da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Com a finalidade de instituir mudanças do modelo assistencial vigente, o PSF veio proporcionar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A partir disso, a criação do vínculo que se estabelece entre os profissionais, o paciente e a família propicia uma troca de saberes, potencializando a interdisciplinaridade em prol do bem-estar familiar (FERREIRA, 2001).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática odontológica cotidiana demonstra que encontram-se distribuídos em graus diferenciados, na maioria das comunidades atendidas pelo setor público, crenças, conceitos e atitudes em saúde bucal que se propagam ao longo das gerações. Tal fato torna-se evidente especialmente em regiões desprovidas de meios de informação, e também diante de pessoas pouco motivadas em conhecer conceitos e práticas básicas, necessárias à manutenção de um bem-estar geral. Além disso, soma-se o desinteresse de parte dos profissionais, responsáveis pela divulgação da prevenção e promoção da saúde, em estabelecer vínculos de compromisso com seu paciente, abstendo-se de executar o seu papel de educador em saúde.

Para alcançar verdadeiramente a comunidade, seria interessante o deslocamento dos profissionais cirurgiões-dentistas do seu restrito local de trabalho para os domicílios, atingindo o núcleo familiar, onde haveria um real enfrentamento das condições enraizadas nas práticas cotidianas. Contemplando o grupo, espera-se a

obtenção de resultados favoráveis, a médio e longo prazos. Tal prática tem como objetivo principal a mudança de hábitos, na tentativa de motivar as pessoas a buscarem uma melhoria na qualidade de vida.

Agradecimentos: os autores agradecem à população de São João Del Rei e Arcângelo pela receptividade e acolhida na prestação de conhecimentos e informações que auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho, bem como à coordenação do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de São João Del Rei e ao setor de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde que permitiram a realização do estudo.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. E. Saúde bucal : entendendo de forma total. In: **Atualização na clínica odontológica**, São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 492-508.

BARREIRA, A. K. et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Revista Faculdade Odontologia Universidade Federal Bahia**, Salvador, v.1, n.16-17, p.13-20, 1997.

BERND, B. et al. A. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.34, p.33-39, 1992.

BERVIQUE, J. A . ; MEDEIROS, E. P. G. **Paciente educado, cliente assegurado:** uma proposta de educação odontológica do paciente. Bauru, SP: Santos, 1983. 34 p

BRASIL .Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Recursos Humanos –** Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. IBGE/MAS), 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabela contemplando tanto o cadastramento de usuários como de profissionais a ser realizado nas unidades de saúde, no TAS, tanto para a atualização/complementação de dados como para os novos cadastramentos. Disponível em < <http://www.saude.gov.br>> . Acesso em: 21 abr. 2001.

CHAPMAN, P. J. et al. Dental health of pregnant women - 1 - a survey of dental knowledge attitudes and practices in an antenatal clinic population. **Medical Journal Australian**, v. 2, n.2, p.113-116, 1971.

DIMENSTEIN, B. **O cidadão de papel** :a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 49p.

ESTEVES, I.V. **Conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal desenvolvidas pelos estudantes de odontologia, enfermagem e medicina, Alfenas - MG**, 1999. 122 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba.1999.

FERREIRA, M. H. F. Z. **Saúde bucal do Programa de Saúde da Família:** a busca da resolutividade através da família. 2001. 29 p. Monografia (Especialização em Ações

Institucionais e Saúde Coletiva) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2001.

FREIRE, M.C.M.; MACEDO, R.A. ; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.14, p.39-45, 2000.

HAMBLIN, R. L. Mathematical experimentation and sociological theory: a critical analysis, **Sociometry**, v. 34, n.4, p. 425-7, 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE **Anuário Estatístico do Brasil**, Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 2000.

KEYS, P. H. Bacteriological findings and biological implications. **International Dental Journal**, v.12, p.443-64, 1962.

LEVY, S. N. et al. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em Saúde – histórico, conceitos e propostas. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cms> >. Acesso em: 07 dez. 2000.

MISRACHI C.L. ; SÁEZ, M. S. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 30, n.1, p.27-33, 1989.

NARVAI, P. C. A prática hegemônica e os dilemas das outras práticas. IN: NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995, p.79-90.

NUTO, S.S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe - CE**: a voz e a vez do usuário. 1999. 120 f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública / Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 1999.

SANTOS-PINTO, L. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **Jornal Brasileiro Odontopediatria Odontologia Bebê**, v. 4, n. 21, p. 429-34, 2001.

STARFIELD, B.H.. Child health and socioeconomic status. **American Journal of Public Health**, v. 72, n.3, p.532-3, 1982.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PINTO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos Odontológicos**, v. 34, p.33-45, 1988.

UNFER, B. ; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.3, p.190-5, 2000.

WALTER, L. R. F et al. **Odontologia para o bebê** - odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

WANNMACHER, F. F. **Avaliação do risco de cárie em pacientes portadores de fenilcetonúria.** 1995, 98 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica) - Instituto de Biociências, Curso de pós-graduação em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1995.

Submissão: novembro de 2003

Aprovação: abril de 2004

Evolução e distribuição espacial da mortalidade de adolescentes nas regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais

Evolution and Spatial Distribution of adolescent mortality in the South and Southeast Regions of Minas Gerais

Maria Teresa Bustamante-Teixeira¹

Alexandre de Rezende Pinto²

Denilson Gomes Barbosa³

Carlos Eduardo Abreu Azevedo²

Valério Mariani Lopes²

Projeto desenvolvido pelo NATES, na Linha de pesquisa: Epidemiologia das doenças e agravos de maior prevalência no Brasil. Apoiado pelo BIC-UFJF

1. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF e Coordenadora do NATES/UFJF. Doutora em Saúde Coletiva IMS/UERJ. NATES–Campus da UFJF- Bairro: Martelos, CEP: 36016-970, Juiz de Fora – M.G.

Fone (32) 3229-3830 e 3229-3835 FAX (32) 3229- 3832 E-mail: teita@nates.ufjf.br

2. Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFJF. Bolsista de Iniciação Científica da UFJF

3. Acadêmico do Curso de História – ICHL/UFJF. Bolsista do NATES/UFJF

RESUMO

A adolescência, segundo a OMS, compreende a fase da vida entre 10 e 19 anos de idade. No estado de Minas Gerais, essa população correspondia a 21,5% da população total, em 1998. Destes, 27% concentravam-se nas regiões sul e sudeste do Estado, área abordada neste estudo, que compreende as regionais (DADS) de Alfenas, Barbacena, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Passos, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João Del Rei, Ubá e Varginha. Este estudo visa definir as principais causas de mortalidade nos adolescentes nessas regionais, no período de 1980 a 1998, possibilitando uma análise de suas causas, uma vez que essas mortes têm grande importância social e econômica. Trata-se de estudo descritivo baseado nos dados do SIM - MS. Foram calculadas a mortalidade proporcional e as taxas de mortalidade segundo sexo e causa, e ainda realizadas a análise da tendência temporal e a da distribuição espacial. Constatou-se, no período estudado, uma diminuição das taxas de mortalidade entre os adolescentes nas regionais estudadas, diferente da tendência ascendente encontrada no país e a predominância dos óbitos por causas externas, o que também foi constatado em outros estudos brasileiros.

PALAVRAS CHAVE: Mortalidade; Adolescência; Distribuição Geográfica

ABSTRACT

According to the WHO, adolescence is the period between 10 and 19 years of age. In the state of Minas Gerais, in 1998, this group corresponded to 21.5% of the total population. Of these, 27% were concentrated in the South and Southeast regions of the State, the area covered by this study, which is composed of the “DADS” regional areas of Alfenas, Barbacena, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Passos, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João del Rei, Ubá and Varginha. This study seeks to define the principal causes of mortality among adolescents in these regional areas, during the period between 1980 and 1998, thus allowing us to analyze their causes, since these deaths have important social and economic relevance. This is a descriptive study based on SIM-MS data. Proportional mortality and mortality by sex and cause were calculated, and analyses of tendencies over time and spatial distribution were also calculated. A drop in mortality rates among adolescents in the regional areas studied was observed, different from the tendency towards a rise found in the country as a whole. A predominance of external causes of death was found, and this is in consonance with what was found in other Brazilian studies.

KEY WORDS: Mortality; Adolescent; Time Series; Geographical Distribution

Introdução

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a fase da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade (WHO, 1986), referência adotada neste estudo. O estatuto da criança e do adolescente, entretanto, considera adolescente apenas os indivíduos dos 12 aos 18 anos (CENTRO BRASILEIRO PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1990). A adolescência, enquanto grupo social, era pouco estudada no Brasil. Atualmente, esse grupo tem merecido mais atenção por parte de pesquisadores das diferentes áreas devido às enormes mudanças ocorridas no país nos últimos 30 anos, marcados por um intenso processo de urbanização e industrialização.

A participação dos adolescentes na população brasileira passou de 22,2%, em 1960, para 23,3%, em 1970, e manteve-se estável nas duas últimas décadas. Em 1996, correspondia a 22,4% da população total do país. No Brasil ocorrem, atualmente, cerca de 900.000 óbitos por ano, sendo que 2,8% referem-se a óbitos ocorridos na faixa etária de 10 a 19 anos. No estado de Minas Gerais, a população nesta faixa etária correspondia a 21,5% da população total, em 1998. Destes, 27% concentravam-se nas regiões sul e sudeste do Estado, área abordada neste estudo, que compreende as Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) de Alfenas, Barbacena, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Passos, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João Del Rei, Ubá e Varginha.

Este estudo visa definir as principais causas de mortalidade nos adolescentes das regiões Sul e Sudeste do estado de Minas Gerais e verificar a tendência da mortalidade, no período de 1980 a 1998. Tendo em mãos um conhecimento maior sobre as causas de morte nesta faixa etária, que implica em danos sociais importantes e gera impacto negativo na economia, será possível subsidiar a implantação de políticas e programas que contribuam para a reversão deste quadro.

Metodologia

Os dados sobre os óbitos foram obtidos através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que tem como base de informações o modelo de declaração de óbito.

Como o estudo abrange duas diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças, a nona revisão (OPS,1979) para o período de 1980 a 1995 e a décima revisão (OPS, 1997) de 1996 a 1998, optou-se por realizar a conversão adotando como base a nona revisão, seguindo critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde, visto que esta correspondia ao período maior do estudo.

As populações referentes ao estado de Minas Gerais e às regionais (DADS), foram estimadas para os anos intercensitários pelo método proposto por Lagrange (CLÁUDIO; MARINS, 1989) com base nos dados dos Censos de 1980, 1991 e de 2000.

Foram calculadas, para o estado e para cada regional estudada, a mortalidade proporcional e as taxas de mortalidade segundo causa, considerando os capítulos da CID e as causas específicas do capítulo das causas externas, e segundo sexo. Para o cálculo da mortalidade proporcional, incluíram-se no total dos óbitos aqueles por causas mal definidas, visto que este grupo apresentou um alto número, tanto no estado como em quase todas as regionias durante os anos avaliados.

Para observar a distribuição espacial foi feito o mapeamento das taxas de mortalidade, segundo as regionais, considerando-se os quartis das taxas de mortalidade em 1998, cujos valores constituíram-se como parâmetros para o estudo da evolução entre 1980 e 1998. A análise da tendência temporal da mortalidade no período estudado foi realizada pelo método de regressão linear simples, considerando as taxas de mortalidade como variável dependente (Y) e os anos de estudo como variável independente (X). Para se evitar a colinearidade entre os termos da equação de regressão, utilizou-se a variável centralizada, ou seja, ao invés de se trabalhar com X, utilizou-se o termo (X-1989), pois 1989 é o ponto médio da série histórica (BOYLE; PARKIN, 1991; LATORRE; CARDOSO, 2001).

Resultados

No período de 1980 a 1998, nas regiões sul e sudeste de Minas Gerais, o número absoluto de mortes de adolescentes (10 a 19 anos) variou entre 711, em 1980, e 556, em 1998, o que corresponde a uma diminuição de 21,8%, ocorrendo em 1982 a maior taxa de mortalidade neste grupo etário: 78,3 por 100.000 habitantes. A tabela 1 apresenta os resultados da análise da evolução das taxas de mortalidade do estado de Minas Gerais e das regiões Sul e Sudeste, que apontaram uma tendência de declínio no período de 1980 a 1998, estatisticamente significativa, tanto das taxas referentes à população adolescente como um todo, quanto das referentes aos sexos masculino e feminino.

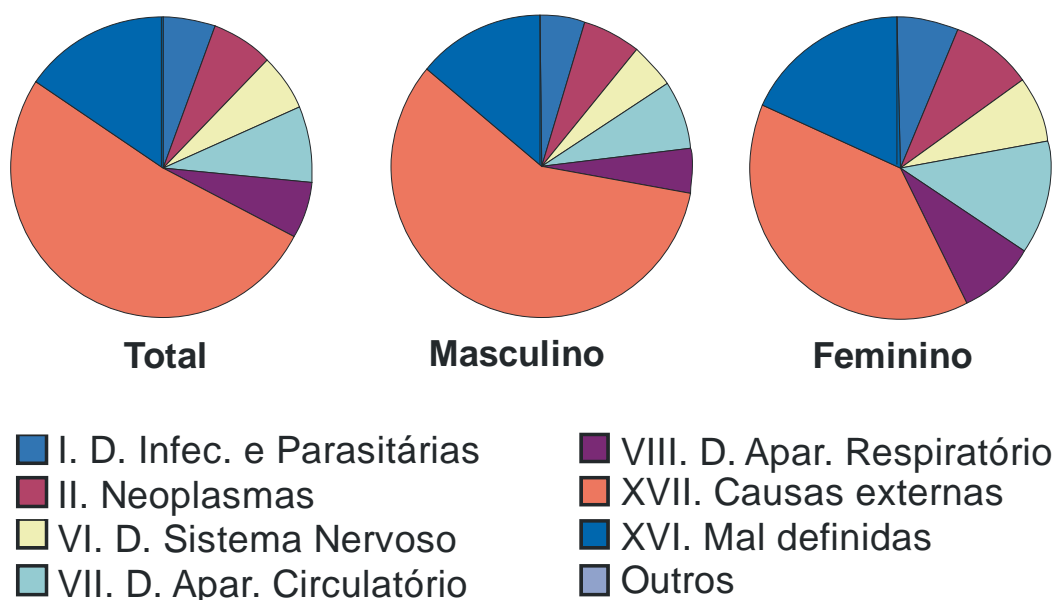
Tabela 1 - Resultados da análise de tendência das taxas de mortalidade da população de 10 a 19 anos, regiões Sul e Sudeste e estado de Minas Gerais, 1980 a 1998

Local	Modelo	R ² %	p	Tendência
Regiões Sul e Sudeste				
Total	y = 66,44 - 0,84X	51,1	0,010	Decrescente
Homens	y = 83,00 - 0,63X	25,7	0,027	Decrescente
Mulheres	y = 49,01 - 1,08X	70,9	<0,001	Decrescente
Estado de Minas Gerais				
Total	y = 67,67 - 0,95X	76,2	<0,001	Decrescente
Homens	y = 87,49 - 0,89X	59,4	<0,001	Decrescente
Mulheres	y = 47,35 - 1,10X	83,9	<0,001	Decrescente

Observou-se que os óbitos de adolescentes corresponderam a 2,3%, em 1980, e 1,8%, em 1998, de todos os óbitos na região estudada. No entanto, quando considerados apenas os óbitos por causas externas, este percentual variou de 13,2 para 10,5%, para os anos de 1980 e 1998, respectivamente. As regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais foram responsáveis, no período de 1980 a 1998, por 26% dos óbitos de adolescentes do estado, sendo que esta região detém 27% desta população.

As causas externas representaram a primeira causa de mortalidade entre os adolescentes, seguidas das doenças do aparelho circulatório no estado de Minas Gerais e nas regiões estudadas (Figura 1). Cabe destacar que 13,9 % dos óbitos dos adolescentes no estado tiveram causa de morte mal definida, variando na região estudada, de 6,0% na regional de Juiz de Fora a 22,9% na regional de Manhumirim, no período de 1980 a 1998 como um todo.

Figura 1. Mortalidade proporcional (%) por causa (capítulos da CID-9) nos adolescentes, MG, 1980 1998



Apesar das populações feminina e masculina, nessa faixa etária, serem equivalentes, verificou-se um predomínio nos óbitos do sexo masculino na ordem de 3:1. O sexo masculino também foi responsável pelas maiores taxas de mortalidade por causas específicas para as causas externas em todas as regionais, verificando-se uma sobremortalidade masculina que variou entre 1,2 e 4,9 (tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Taxa de mortalidade da população de 10 a 19 anos (por 100.000), segundo causa (capítulos da CID-9), sexo masculino, regionais do Sul e Sudeste e estado de Minas Gerais, 1980 e 1998

	Causas Externas (XVII)		Mal definido (XVI)		Aparelho Circ.(VII)		Neoplasmas (II)		Aparelho Resp.(VIII)		Sistema Nervoso (VI)	
	1980	1998	1980	199	1980	199	1980	1998	1980	199	1980	199
DADS	1980	1998	1980	8	1980	8	1980	1998	1980	8	1980	8
Alfenas	23,1	37,5	7,7	4,7	5,1	2,3	5,1	2,3	5,1	7,0	5,1	0,0
Barbacena	56,4	25,5	33,8	12,8	18,0	2,1	9,0	0,0	0,0	4,3	6,8	4,3
Juiz de Fora	61,8	46,3	4,9	4,6	0,0	7,7	6,5	9,3	1,6	0,0	9,8	3,1
Leopoldina	43,7	14,1	0,0	14,1	4,3	0,0	4,3	0,0	4,3	0,0	0,0	4,7
Manhumirim	42,1	37,7	25,7	6,7	2,3	13,3	4,7	4,4	2,3	2,2	4,7	0,0
Passos	37,7	33,4	8,7	11,1	5,8	5,6	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Ponte Nova	43,7	24,9	15,4	8,3	0,0	0,0	5,1	0,0	0,0	5,5	2,6	2,8
Pouso Alegre	46,9	32,5	13,2	2,6	4,4	3,9	2,9	2,6	5,9	1,3	5,9	3,9
São João del Rei	40,5	51,3	8,1	12,8	4,1	0,0	0,0	12,8	4,1	0,0	8,1	4,3
Ubá	36,9	24,2	31,3	2,4	4,8	2,4	0,0	2,4	4,8	4,8	9,6	0,0
Varginha	32,8	35,5	12,9	6,3	4,3	5,1	5,7	7,6	5,7	1,3	0,0	3,8
MG	50,6	46,0	17,2	7,5	6,1	5,2	5,8	4,6	3,2	3,0	4,6	2,5

Tabela 3 - Taxa de mortalidade da população de 10 a 19 anos (por 100.000), segundo causa (capítulos da CID-9), sexo feminino, regionais do Sul e Sudeste e estado de Minas Gerais, 1980 e 1998

	Causas Externas (XVII)		Mal definido (XVI)		Aparelho Circul.(VII)		Neoplasmas (II)		Aparelho Resp.(VIII)		Sistema Nervoso (VI)	
	1980	1998	1980	199	1980	199	1980	1998	1980	199	198	199
DADS	1980	1998	1980	8	1980	8	1980	1998	1980	8	0	8
Alfenas	10,5	22,1	7,9	7,4	7,9	0,0	7,9	0,0	0,0	4,9	5,3	0,0
Barbacena	20,6	19,8	9,2	4,4	2,3	0,0	0,0	2,2	0,0	4,4	0,0	0,0
Juiz de Fora	9,9	11,0	3,3	1,6	3,3	3,1	9,9	1,6	1,7	3,1	4,9	3,1
Leopoldina	17,8	0,0	0,0	0,0	8,9	14,5	0,0	4,8	4,4	4,8	0,0	0,0
Manhumirim	7,2	25,6	29,0	9,3	2,4	7,0	0,0	0,0	0,0	16,3	4,8	2,3
Passos	23,9	14,5	15,0	0,0	6,0	2,9	0,0	0,0	6,0	11,6	0,0	2,9
Ponte Nova	13,1	5,7	23,5	2,9	2,6	5,7	2,6	8,6	0,0	2,9	0,0	0,0
Pouso Alegre	7,5	18,7	4,5	1,3	3,0	0,0	4,5	1,3	4,5	4,0	1,5	1,3
São João del Rei	16,8	17,8	12,6	0,0	16,8	4,4	0,0	0,0	4,2	13,3	4,2	4,4
Ubá	4,9	5,0	12,3	7,5	2,5	0,0	7,4	2,5	4,9	5,0	2,5	2,5
Varginha	22,8	11,4	4,3	1,3	7,1	3,8	0,0	5,1	8,6	3,8	7,1	0,0
MG	16,1	15,5	12,4	4,0	6,0	3,2	3,8	2,8	3,1	3,7	3,6	1,7

Tabela 4 - Taxa de mortalidade da população de 10 a 19 anos (por 100.000 habitantes), segundo causa (capítulos da CID-9), regionais do Sul e Sudeste e estado de Minas Gerais, 1980 e 1998

	Causas Externas (XVII)		Mal definido (XVI)		Aparelho Circul.(VII)		Neoplasmas (II)		Aparelho Resp (VIII)		Sistema Nervoso (VI)			
	1980	199	1980	199	1980	199	1980	199	198	199	198	1998		
DADS	28,3	8	29,3	8	13,0	6,0	10,9	1,2	10,9	1,2	4,4	6,0	8,7	0,0
Alfenas	28,3	29,3	13,0	6,0	10,9	1,2	10,9	1,2	4,4	6,0	8,7	0,0		
Barbacena	38,6	22,7	21,6	8,7	10,2	1,1	4,5	1,1	0,0	4,3	3,4	2,2		
Juiz de Fora	36,0	28,8	4,1	3,1	1,6	5,5	8,2	5,5	1,6	1,6	7,4	3,1		
Leopoldina	26,4	7,1	0,0	7,1	6,6	7,1	2,2	2,4	4,4	2,4	0,0	2,4		
Manhumirim	24,9	31,8	27,3	8,0	2,4	10,2	2,4	2,3	1,2	9,1	4,8	1,1		
Passos	30,9	24,1	11,8	5,7	5,9	4,3	1,5	0,0	2,7	5,7	0,0	2,8		
Ponte Nova	28,5	15,5	19,4	5,6	1,3	2,8	3,9	4,2	0,0	4,2	1,3	1,4		
Pouso Alegre	27,4	25,7	8,9	2,0	3,7	2,0	3,7	2,0	5,2	2,6	3,7	2,6		
São João del Rei	28,9	34,8	10,3	6,5	10,3	2,2	0,0	6,5	4,1	6,5	6,2	4,4		
Ubá	20,7	14,8	21,9	4,9	3,7	1,2	3,7	2,5	4,9	4,9	6,1	1,2		
Varginha	28,1	23,7	8,7	3,9	5,8	4,5	2,9	6,4	7,2	2,6	3,6	1,9		
MG	33,3	31,0	14,8	5,8	6,1	4,2	4,8	3,7	3,1	3,4	4,1	2,1		

Considerando cada regional (DADS) estudada (tabelas 2,3 e 4), observou-se:

Alfenas

Houve aumento na taxa de mortalidade devido às causas externas (28,26 por 100.000 em 1980 para 29,27 em 1998) e devido às doenças do aparelho respiratório (4,35 para 5,99), enquanto que as taxas de mortalidade referentes ao aparelho circulatório, do sistema nervoso e aos neoplasmas diminuíram.

Quando analisadas as taxas, segundo sexo, verificou-se um aumento acentuado para a taxa de mortalidade por causas externas, variando de 23,1 para 37,5 por 100.000 no sexo masculino e de 10,5 para 22,1 no sexo feminino, contrariando a tendência do estado, que mostrou uma diminuição de 50,6 para 46,0 e 16,1 para 15,5 por 100.000 habitantes, para homens e mulheres, respectivamente.

Barbacena

As taxas de mortalidade diminuíram acentuadamente no período, exceto aquelas referentes às doenças do aparelho respiratório. Houve uma diminuição importante da mortalidade por causas externas de 36,0 para 28,8 por 100.000 habitantes, que se deu principalmente no sexo masculino (56,4 para 25,5).

Juiz de Fora

É a terceira regional mais populosa, (13% da população das regionais estudadas), sendo precedida pelas regionais de Pouso Alegre e Varginha (Figura 2). No período de 1980 a 1998, na regional de Juiz de Fora, houve uma queda na mortalidade por causas externas (36,0 para 28,8), por neoplasmas (8,2 para 5,5) e devido às doenças do sistema nervoso (7,4 para 3,1 por 100.000 habitantes), havendo aumento apenas na mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório (1,6 para 5,5). Chamou a atenção a queda nas taxas por causas externas entre os homens (de 61,8 para 46,3 por 100.000).

Leopoldina

Observou-se uma queda acentuada da mortalidade devido às causas externas de 26,4, em 1980, para 7,1 por 100.000, em 1998, sendo tal declínio observado tanto nas taxas referentes ao sexo masculino quanto ao sexo feminino.

Manhumirim

Na região de Manhumirim, observou-se aumento nas taxas de mortalidade, no período analisado, em relação às causas externas (24,9 para 31,8), às doenças do aparelho circulatório (2,4 para 10,2) e às do aparelho respiratório (1,2 para 9,1 por 100.000).

No entanto, quando analisadas por sexo, observou-se que em relação às causas externas, houve um aumento acentuado das taxas entre as mulheres e uma diminuição entre os homens. Para as doenças do aparelho circulatório, houve aumento nos dois grupos.

Passos

Em Passos observou-se aumento somente nas taxas devido às doenças respiratórias e do sistema nervoso, havendo um declínio das taxas atribuídas às causas externas. No sexo feminino, houve um aumento de 6,0 para 11,6 por 100.000 nas doenças do aparelho respiratório, que foi responsável pelo aumento geral dessa mortalidade na região.

Ponte Nova

Apesar de ter ocorrido uma diminuição acentuada nas taxas de mortalidade devido às causas externas (28,5 para 15,5 por 100.000), observou-se aumento nas taxas referentes às demais causas analisadas.

Pouso Alegre

Possui a segunda maior população da região estudada. Verificou-se, no período, queda nas taxas referentes a todas as causas estudadas, tanto para a população geral quanto para o sexo feminino e masculino, separadamente.

São João del Rei

Verificou-se que as taxas de mortalidade devido às causas externas aumentaram (28,9 para 34,8 por 100.000), e também as devido aos neoplasmas (0,0 para 6,5). Tal aumento ocorreu principalmente no sexo masculino, sendo que as taxas passaram de 40,5 para 51,3 para as causas externas e de 0 (zero) para 12,8 para os neoplasmas.

Ubá

Verificou-se uma diminuição na mortalidade por todos os grupos de causas, exceto para as doenças respiratórias que se mantiveram estáveis. O sexo masculino foi o principal responsável pelos óbitos nesta região, principalmente aqueles devido às causas externas.

Varginha

Varginha é a região responsável pelo maior contingente populacional do estudo com 155.910 habitantes de 10 a 19 anos, no ano de 1998. Observou-se aumento apenas nas taxas de mortalidade por neoplasmas (2,9 para 6,4 por 100.000) e diminuição em todas as outras causas consideradas. Quando analisado segundo o sexo, verificou-se, no sexo masculino, diminuição nas taxas de doenças respiratórias (5,7 para 1,3) e daquelas atribuídas a causas mal definidas (12,9 para 6,3). Quando consideradas apenas as mulheres, verificou-se aumento das taxas de mortalidade por neoplasmas.

Na tabela 5, são apresentadas as taxas de mortalidade referentes às causas externas no ano de 1998, considerando os seguintes sub-grupos: taxas de mortalidade por acidentes de trânsito (E810 –E819), suicídios (E950—E959), homicídios e lesões intencionais e lesões resultantes de operações de guerra ou por intervenção legal (E960-E-969; E970-E978; E990-E999). Quanto aos acidentes de trânsito as taxas de mortalidade mais altas foram verificadas na regional de Juiz de Fora (20 por 100.000), seguidas das regionais de Pouso Alegre (15,6 por 100.000), Manhumirim e São João Del Rei. Em relação à mortalidade por suicídio, as taxas encontradas foram baixas sendo as maiores referentes à regional de Juiz de Fora com valores em torno de 3 por 100.000. As taxas de

mortalidade por homicídio também se revelaram baixas, sendo a mais alta referente ao sexo masculino também na regional de Juiz de Fora (10,8 por 100.000).

Tabela 5 – Taxas de mortalidade da população de 10 a 19 anos (por 100.000 habitantes) por causas externas específicas, segundo regionais de saúde de Minas Gerais, 1998

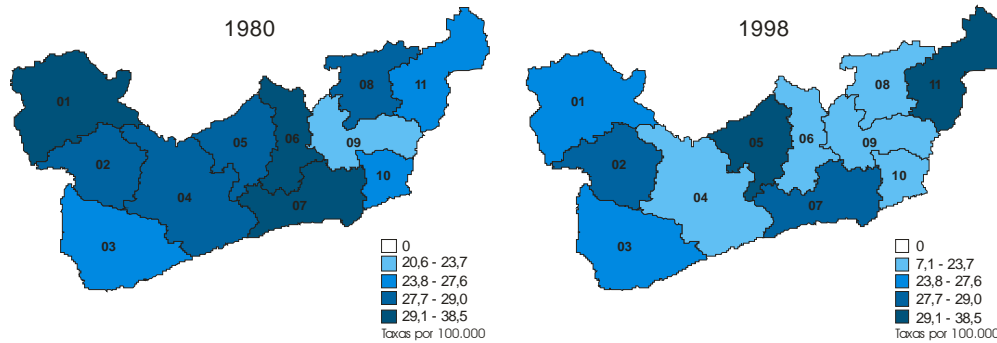
DADS	E810-E819 ¹	E950-E959 ²		E960-E969;E970-E979 E990-E999 ³		
		Masculino	Femi- nino	Masculino	Femi- nino	Masculino
Alfenas	9,4	7,4	2,3	0,0	2,3	4,9
Barbacena	8,5	11,0	2,1	0,0	0,0	2,2
Juiz de Fora	20,1	4,7	3,1	3,1	10,8	0,0
Leopoldina	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Manhumirim	13,3	11,7	0,0	0,0	2,2	2,3
Passos	2,8	5,8	2,8	0,0	0,0	0,0
Ponte Nova	5,5	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0
Pouso Alegre	15,6	12,0	1,3	1,3	2,6	1,3
São João del Rei	12,8	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Ubá	4,8	2,5	2,4	0,0	0,0	0,0
Varginha	8,9	2,6	0,0	0,0	2,5	0,0

1 – Acidentes de Trânsito; 2 – Suicídios; 3 – Homicídios, Lesões Intencionais e Lesões Resultantes de Operações de Guerra ou por Intervenção Legal.

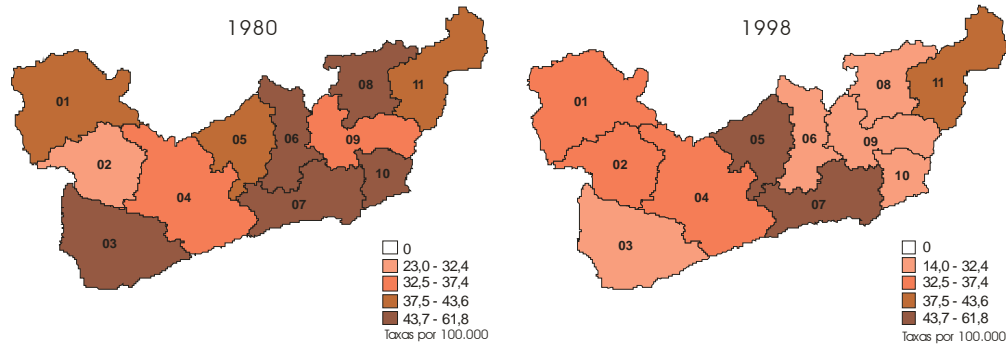
Na figura 2, constata-se a distribuição desigual das taxas de mortalidade nas regionais de saúde estudadas para os anos de 1980 e 1998. Observou-se uma melhora nas taxas de mortalidade nos adolescentes quando consideradas todas as causas de morte. Quando analisado por sexo, essa diminuição também ocorre, sendo mais acentuada nos mapas referentes ao sexo masculino. O último conjunto de mapas mostra, para o ano de 1998, a distribuição das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito nos sexos feminino e masculino, revelando a sobremortalidade masculina verificada na maioria das regionais.

Figura 2.

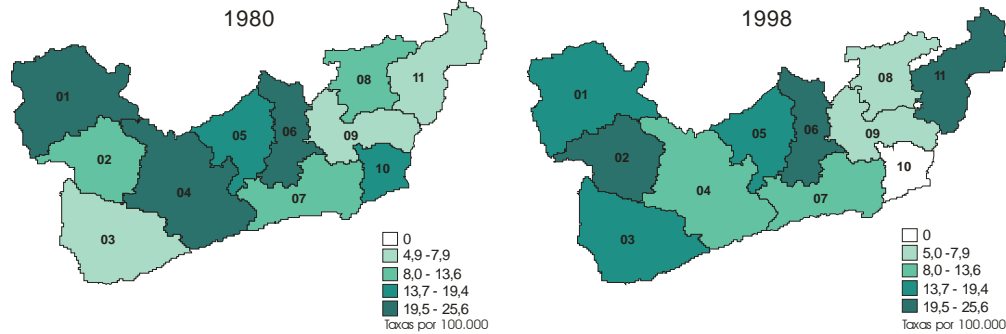
Distribuição da mortalidade em adolescentes de ambos os sexos em regionais de saúde do Sul e Sudeste de MG, 1980 e 1998.



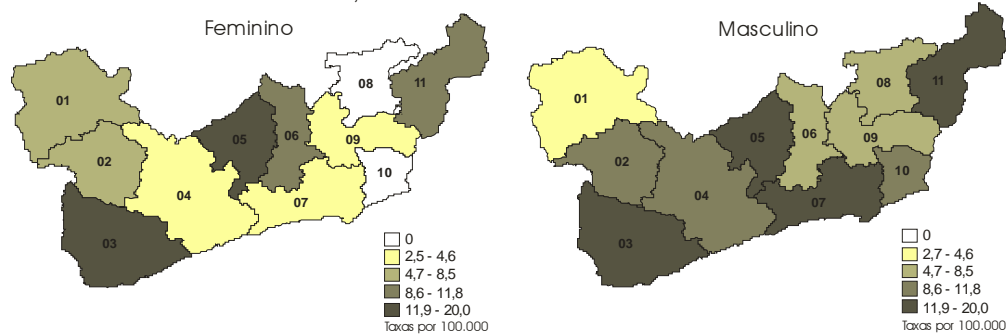
Distribuição da mortalidade por causas externas em adolescentes do sexo masculino, em regionais de saúde do Sul e Sudeste de MG, 1980 e 1998.



Distribuição da mortalidade por causas externas em adolescentes do sexo feminino, em regionais de saúde do Sul e Sudeste de MG, 1980 e 1998.



Distribuição da mortalidade por acidentes de trânsito em adolescentes segundo sexo, em regionais de saúde do Sul e Sudeste de MG, 1998.



Diretorias Regionais de Saúde - Legenda

01 - Passos	04 - Varginha	07 - Juiz de Fora	10 - Leopoldina
02 - Alfenas	05 - São João Del Rei	08 - Ponte Nova	11 - Manhumirim
03 - Pouso Alegre	06 - Barbacena	09 - Ubá	

Discussão e Conclusão

No período estudado, 1980 a 1998, houve uma diminuição das taxas de mortalidade entre os adolescentes nas regiões Sul e Sudeste e no estado de Minas Gerais. Observou-se, ainda, que nas regionais estudadas há uma grande variação dos coeficientes. Entretanto, a sobremortalidade masculina foi observada em todas as regionais, sendo da ordem de 3:1 para o estado. O estudo mostra, ainda, a predominância dos óbitos por causas externas no estado como um todo e em todas as regionais estudadas, o que também foi constatado em outros estudos brasileiros (BLUM, 1991; CHOR et al, 1992; LOLIO et al, 1990).

A mortalidade por causas externas entre os adolescentes, no período de 1980 a 1994, nas Américas (YUNES; ZUBAREW, 1999) tem mantido uma tendência descendente no Canadá, Estados Unidos, Equador, México, Chile, Costa Rica, Trinidad e Tobago e El Salvador. Venezuela e Argentina que mantinham taxas decrescentes até o ano de 1990, sofrendo aumento das taxas no período de 1990 a 1994. Colômbia e Brasil são os únicos países analisados que mantêm tendência francamente ascendente nas taxas de mortalidade por causas externas entre os adolescentes, assim como na população total, para o sexo masculino e feminino entre 1980 e 1995.

Além de não ter sido verificada, no estado e nas regionais, essa tendência ascendente encontrada no país, as taxas encontradas revelaram-se bem menores dos que as observadas para o Brasil, que foram, em 1995, de 74 por 100.000 entre os homens e de 18,3 por 100.000 entre as mulheres (YUNES; ZUBAREW, 1999).

Entre as causas externas, destacaram-se os acidentes de trânsito, especialmente nas regionais de Juiz de Fora, Pouso Alegre, Manhumirim e São João Del Rei. Tais informações determinam averiguações de seus determinantes e o desenvolvimento de programas de saúde destinados aos adolescentes, suas famílias e à sociedade, considerando que as causas de morte são evitáveis e preveníveis.

Referências

BLUM, RW. Global trends in adolescent health. **JAMA – Journal of the American Medical Association**, Chicago, 265: 2711-19, 1991.

BOYLE, P.; PARKIN, D.M. Stastical methods for registries. In: JENSEN, O.M.; PARKIM, D.M., MACLENNAN, R.; MUIR, C.S; SKEET, R.G. (Eds.) **Cancer registration: principles and methods**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1991. (IARC Scientific Publications, n.95.)

CENTRO BRASILEIRO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA-CBIA. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei nº 8069, 13 de julho de 1990, Art. 2. Brasília: Ministério da Ação Social, 1990.

CLAUDIO, D.M.; MARINS, J.M. **Cálculo numérico computacional**, São Paulo: Atlas; 1989.

CHOR, D. et al. Diferencial de mortalidade entre homens e mulheres em localidades da região sudeste, Brasil, 1960, 1970, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26 , n.4, p.246-255; 1992

LATORRE, M.D.R.D. ; CARDOSO, M.R.A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.3, n.4, p. 145- 152, 2001.

LOLIO, C.A. et al. Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980, 1985-Magnitudes e tendências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, p. 481-490, 1990.

LYRA, S.M.K.; GOLDEBERG, T.; MASSAKO, I, Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.6, p.587-591, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE-OPS. Centro Colaborador da OMS para Classificação das Doenças em Português. **Classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbitos**. 9ª revisão 1975. São Paulo: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, Organização Panamericana da Saúde, 1985. 2 v.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE-OPS. Centro Colaborador da OMS para a classificação das doenças em português. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão. São Paulo: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo: Organização Panamericana da Saúde, 1997.

WORLD HEATH ORGANIZATION. Study Group On Young People And For All. **By the year 2000**. Geneva, 1984. (Report Geneva, 1986 . WHO-techn. Resp. Ser., 731).

YUNES, J.; ZUBAREW, T,. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafio. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.2, n. 3, 102-55, 1999.

Submissão: abril de 2004 Aprovação: junho de 2004

PERCEPÇÃO DOS DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA EM RELAÇÃO À REFORMA CURRICULAR

Lecturers' perception at the medical school of The Universidade Federal De Juiz De Fora on the curricular restructuring

José Antônio Chehuen Neto *
Mauro Toledo Sirimarco **
Maura Gomes de Resende ***
Fabiana Oliveira Bastos ****
Fábio Simplício Maia ****
Franciele Goulart Ribeiro *****
Glauco Resende Bonato ****
Lilian Cristina de Souza ****
Priscila Maroco Cruzeiro *****
Renata Henriques de Azevedo *****
Victor Azevedo de Oliveira *****

* Professor Adjunto IV da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgião de cabeça e pescoço. Mestre e Doutor pelo Curso de Pós-graduação em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-SP). Responsável pela disciplina de Metodologia Científica em Medicina. Endereço: Faculdade de Medicina- Campus da UFJF- Bairro: Martelos, CEP: 36016-970, Juiz de Fora - M.G. E-mail: chehuen@medicina.ufjf.br

** Professor Adjunto I da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Proctologista. Mestre e Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor da disciplina de Metodologia Científica em Medicina.

*** Aluna da Disciplina Metodologia Científica na Saúde. 5º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

**** Alunos da Disciplina de Metodologia Científica em Medicina. 4º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

Há três anos, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) iniciou a adaptação da formação profissional às novas diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação. Este trabalho, através de um questionário contendo 14 questões, visou traçar a percepção dos docentes da Faculdade de Medicina da UFJF no contexto da Reforma Curricular. Constatamos que: é alto o índice de satisfação dos professores com relação às diretrizes; a maioria está convicta de que será possível a formação de profissionais capacitados; reconhecem que o aluno não possui amadurecimento suficiente para desempenhar um comportamento pró-ativo; é pequeno o conhecimento do docente sobre as pedagogias de ensino; os docentes estão informados acerca do motivo da reforma no currículo e reconhecem a necessidade de esta ocorrer; é necessário melhorar as informações sobre as medidas já implementadas; os docentes demonstraram disposição para implementar a reforma curricular e estão motivados com os trabalhos.

PALAVRAS-CHAVE: Docentes de Medicina; Educação Médica; Currículo/Tendências.

ABSTRACT

Three years ago, the School of Medicine of the Universidade Federal de Juiz de Fora started adapting its professional curriculum to the guidelines proposed by the Ministry of Education. This study, which used a 14-item questionnaire, aimed to describe the lecturers' perception according to the curricular modification. We concluded that lecturers: have a high index of satisfaction regarding the guidelines; firmly believe that the graduation of knowledgeable professionals is a feasible goal; acknowledge the fact that undergraduates are not mature enough for a more pro-active behaviour; know little about the three pedagogical approaches to education; are aware of the reasons underlying curricular modification and acknowledge it as necessary; need more information about measures already implemented; are motivated and willing to implement curricular modification.

KEY WORDS: Faculty, Medical; Education, Medical; Curriculum/trends.

1. INTRODUÇÃO

Há aproximadamente três anos, iniciou-se a implementação das novas diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação no curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Essas propostas orientam para a valorização de um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2003).

As mudanças estão ocorrendo paulatinamente, permeadas por dificuldades inerentes a toda mudança de comportamento ou estrutural, comuns nestas situações. Atualmente, do 1º ao 6º períodos do curso médico da UFJF estão efetivamente trabalhando com o novo currículo. Vislumbramos, assim, ser este o principal momento de analisarmos este tema.

Esta pesquisa é fruto da percepção de que nos faltam dados concretos sobre o pensamento dos docentes em relação ao tema. É relevante a descrição da opinião do docente no que diz respeito à Reforma Curricular, tendo em vista que a boa formação dos profissionais da saúde é de extremo interesse para a sociedade.

A oportunidade desse estudo reflete diretamente um comportamento pró-ativo do aluno dentro do curso de medicina, prerrogativa descrita e proposta para o perfil do discente que se quer formar. Portanto, mudanças no corpo discente já estão se tornando evidentes e palpáveis, com importante contribuição para a Faculdade de Medicina da UFJF. Resta-nos saber, efetivamente, se os professores estão conscientes e dispostos a colaborar e a mudar no que for para melhor, uma vez que estes representam um dos principais alicerces para a implantação do novo currículo.

Assim, nos propusemos a estudar e a analisar a percepção dos docentes em relação às novas propostas curriculares e seus objetivos, segundo vários aspectos como, por exemplo, se concordam ou não com elas, se houve real oportunidade de opinar e se estão ativos no processo, além de uma breve opinião dos docentes a respeito do comportamento dos discentes neste momento de mudança.

Esperamos que este questionário, usado como instrumento de pesquisa, incite reflexões na comunidade acadêmica, tanto nos docentes quanto nos discentes, ratificando a ativa participação do aluno da Disciplina de Metodologia Científica ao colaborar com o processo de reforma curricular.

2. MÉTODO

A pesquisa foi realizada entre setembro e novembro de 2003, através de um questionário auto-aplicável, anônimo, contendo 14 perguntas. O procedimento iniciou-se com uma introdução sobre o assunto e o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Foram avaliados 122 dos 157 professores que ministram aula para o curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, o que representa 77,70% do total. 41 docentes não foram localizados e 4 se recusaram a responder o questionário.

Nas perguntas assinaladas com mais de uma opção, todos os itens marcados foram considerados válidos.

Dividimos os entrevistados naqueles com atividades do 1º ao 6º períodos, já envolvidos no novo currículo, e do 7º ao 12º períodos, atuando no currículo tradicional.

O questionário está apresentado como anexo.

3. DISCUSSÃO

Uma das principais dificuldades de implementação de um novo método de ensino e aprendizagem, ou de tudo que é inovador, é a falta de informação dos envolvidos dos motivos que sustentam favoravelmente esta idéia a ser colocada em prática. Os dados da Tabela 1 mostram que 68,64% dos docentes entrevistados conhecem claramente os motivos da Reforma Curricular; sendo que o nível de informação dos professores do 1º ao 6º período (73,91%), os quais já estão vivendo as primeiras mudanças propostas, é maior que aqueles do 7º ao 12º (61,22%). Desta forma, comprova-se que está ocorrendo boa informação e divulgação das razões que levaram às novas diretrizes, visto que quase a totalidade dos entrevistados conhece totalmente ou parcialmente os motivos da reforma no currículo (apenas 5,08% dos docentes referem não ter consciência de tal intento). Através de quatro seminários, reuniões freqüentes e um constante trabalho dos diretores da Faculdade de Medicina à frente da reforma curricular, está sendo construída uma base sólida de informação e divulgação das diretrizes a serem implementadas.

Tabela 1: Dados obtidos segundo o conhecimento dos motivos de estar ocorrendo a reforma curricular na FM da UFJF.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Conhece	68,64%	73,91%	61,22%
Não conhece	5,08%	4,35%	6,12%
Conhece parcialmente	26,27%	21,74%	32,65%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Em relação à concordância ou não dos professores quanto à necessidade da Reforma Curricular (Tabela 2), a grande maioria dos entrevistados mostrou-se total ou parcialmente de acordo (97,45%), exceção feita a 6,12% dos professores que lecionam a partir do 7º período, ainda não envolvidos efetivamente com a prática das atividades. É interessante e importante observar que nenhum dos docentes responsáveis pelo ensino até o 6º período (já envolvidos com a reforma curricular) mostrou-se contrário a esta proposta, indicando que há conscientização de que a formação dos profissionais da saúde precisa ser modificada. Esta fundamentação é muito importante para o contínuo aprimoramento das propostas em implantação, incluindo as condições de trabalho.

Tabela 2: Dados obtidos segundo a concordância com a necessidade da reforma curricular na FM da UFJF.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Concordo totalmente	78,81%	78,26%	79,59%
Discordo totalmente	2,35%	0,00%	6,12%
Concordo parcialmente	16,47%	21,74%	14,29%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

As medidas implementadas nos últimos três anos, período de efetivo andamento dos trabalhos, são discordadas por somente 6,78% dos docentes. Os demais, ou concordam totalmente (32,20%), ou concordam parcialmente (50,85%), ou desconhecem (10,17%) tais medidas (Tabela 3). Observa-se, portanto, que a repercussão dos primeiros passos da reforma é satisfatória. É melhor, contudo, que sempre haja uma maior e constante divulgação das medidas já implementadas em todos os setores do curso médico, valorizando o incessante trabalho de estruturação, composição e participação discente e docente, sendo base para os períodos em implementação, e que os eventuais erros possam ser corrigidos.

Tabela 3: Dados obtidos segundo a concordância sobre o andamento da implementação da reforma e das medidas tomadas.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Concordo	32,20%	28,99%	36,73%
Não concordo	6,78%	5,80%	8,16%
Concordo parcialmente	50,85%	60,87%	36,73%
Desconheço as medidas	10,17%	4,35%	18,37%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Segmento importante de professores (33,05%) refere não ter tido chance de opinar a contento na implantação da Reforma Curricular (Tabela 4). Este número expressivo se assemelha àquele de professores que foram ouvidos a contento. Fica evidente, segundo os dados, que oportunidades de sugestões devem ser freqüentes e abrangentes, a fim de melhorar a participação, o engajamento e a implantação das novas diretrizes curriculares.

Tabela 4: Dados obtidos segundo avaliação se o docente foi ouvido a contento e pôde opinar.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Sim	32,20%	34,78%	28,57%
Não tive oportunidade	33,05%	30,43%	36,73%
Não, mas tive oportunidade	5,93%	4,35%	8,16%
Fui ouvido parcialmente	27,97%	28,99%	26,53%
Não respondeu	0,85%	1,45%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Segundo a opinião pessoal dos docentes para com a Reforma Curricular ocorrida até agora (até o 6º período) (Tabela 5), percebe-se que há maiores índices de satisfação que de descontentamento. No total, 46,61% afirmam que estão satisfeitos com o processo e apenas 3,39% dizem estar totalmente insatisfeitos. Todavia, quando analisamos os docentes que lecionam até o 6º período, a satisfação aumenta para 57,97%. Portanto, o contato direto e a prática das medidas do novo currículo são estimulantes e promissoras. Mas ao observarmos os docentes do 7º período em diante, notamos grande desinformação (46,94%) das medidas implementadas até o 6º período, dado que pode e deve ser melhorado através de atividades informativas e educativas e medidas de divulgação dos importantes trabalhos já realizados.

Tabela 5: Dados obtidos segundo a avaliação da reforma curricular que ocorreu do 1º ao 6º períodos.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Não estou informado	26,27%	11,59%	46,94%
Totalmente satisfeito	0,85%	0,00%	2,04%
Satisfeito	46,61%	57,97%	30,61%
Insatisfeito	22,03%	27,54%	14,29%
Totalmente insatisfeito	3,39%	2,90%	4,08%
Não respondeu	0,85%	0,00%	2,04%
Total	100,00	100,00	100,00

Quando questionados sobre sua condição pessoal / real de trabalho frente às novas diretrizes que vêm sendo implementadas (Tabela 6), 72,03% do total dos docentes afirmaram “enfrentar dificuldades, porém todas superáveis ao longo do tempo”. Esse otimismo é comum tanto para professores que já obtiveram contato direto com a Reforma (até 6º período) quanto para os que ainda terão (7º período em diante). Um fato importante é que a segunda opção mais escolhida, por 13,56% do total dos docentes, foi: “Não estou informado sobre as novas diretrizes da Reforma Curricular”. Esse último dado referido pelos entrevistados pode ser revertido, visto ser necessário para o êxito final da implantação da reforma curricular obter-se o engajamento total dos docentes, através de constante informação e esclarecimento.

Tabela 6: Dados obtidos segundo a avaliação da condição pessoal de trabalho frente às novas diretrizes propostas.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Não estou informado	13,56%	11,59%	16,33%
Avalio muitas dificuldades	9,32%	10,14%	8,16%
Avalio poucas dificuldades e superáveis	72,03%	72,46%	71,43%
Tenho plenas condições de implementar	2,54%	2,90%	2,04%
Não respondeu	2,54%	2,90%	2,04%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

A respeito dos prováveis resultados a serem alcançados, como a formação de médicos generalistas e a melhoria do ensino e da pesquisa (Tabela 7), 53,39% do total dos docentes afirmam que estão convictos de que formarão profissionais mais capacitados que atualmente. Outro resultado que ressaltamos foi que 17,80% dos docentes julgam que, a partir da Reforma Curricular, haverá formação de profissionais com baixo conteúdo teórico/prático, com queda do nível de formação. Essa foi a segunda opção assinalada mais

frequente, e que pode trazer preocupações aos discentes quanto ao seu futuro como profissional; afinal, essa opinião de parte significativa dos docentes sugere que os médicos que se formarão dentro das novas diretrizes curriculares estarão menos aptos ao exercício pleno da prática médica. Outra parte significativa dos docentes (15,25%) avalia que todo o trabalho referente à reforma curricular não alterará a formação discente. É importante ressaltar que os frutos diretos e indiretos das propostas do novo currículo deverão ser corretamente avaliados ao longo do tempo, através de novas pesquisas.

Tabela 7: Dados obtidos segundo a avaliação docente dos prováveis resultados a serem alcançados com a reforma curricular na FM.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Formaremos profissionais mais capacitados	53,39%	53,62%	53,06%
Haverá queda do nível de formação	17,80%	18,84%	16,33%
Não se alterará a formação acadêmica	15,25%	14,49%	16,33%
Não estou informado	9,32%	5,80%	14,29%
Não respondeu	4,24%	7,25%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Outro fator indagado aos docentes foi sobre o comportamento do aluno frente às propostas da Reforma Curricular (Tabela 8). 82,35% consideram que os discentes ainda necessitam de intenso e constante esclarecimento e motivação para que haja amadurecimento das necessidades curriculares e profissionais. Levando-se em consideração as respostas apenas dos professores até o 6º período, essa porcentagem sobe para 94,29%. Esse é um dado relevante, uma vez que os docentes que já tiveram contato com alunos da Reforma têm mais conhecimento e poder crítico para avaliar a postura discente frente às novas diretrizes. As mudanças, principalmente de comportamento, são paulatinas e necessitam de constante informação dos motivos. A metodologia da transmissão é historicamente utilizada em nosso meio, e os alunos se sentem também mais seguros diante dela. A busca do conhecimento pelo discente, a utilização de outras formas de aprendizado, o “aprender a aprender”, o “fazer se aprende fazendo”, e o amadurecimento crítico das medidas a serem implementadas no curso médico são aspirações que demandarão tempo, recursos, estímulo e porque não dizer, da competência dos envolvidos.

Tabela 8: Dados obtidos segundo a opinião docente sobre o comportamento do aluno frente às propostas da reforma curricular.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Os alunos têm as melhores condições de integração	6,72%	2,86%	12,24%
O comportamento do aluno não é favorável	3,36%	1,43%	6,12%
O aluno necessita de esclarecimento e motivação	82,35%	94,29%	65,31%
Não estou informado sobre a reforma curricular	5,88%	0,00%	14,29%
Não respondeu	1,68%	1,43%	2,04%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

A maioria dos professores (63,56%) (Tabela 9) concorda e apóia totalmente a formação de profissionais generalistas. No entanto, avaliando do 7º período em diante, percebemos que uma expressiva porcentagem (26,53%) dos professores não concorda com esta diretriz, apesar de a apoiarem, afirmando que o mercado de trabalho é desfavorável aos médicos generalistas. Isso pode eventualmente refletir um estigma observado na sociedade, de que o médico generalista possui uma subformação e uma baixa resolutividade, sendo algo “inferior” ao médico especialista. Assim, perguntamos: durante a graduação, formam-se “médicos” (certamente não especialistas, devido ao exíguo tempo da graduação e à amplitude de conhecimentos existentes em cada especialidade) ou “médicos generalistas”? O conceito de que médico “generalista” tem formação cada vez mais superficial, levando a uma desconfiança por parte da sociedade quanto à sua capacidade profissional, deve ser repensado? O que a população, em sua maior parte carente, necessita com prioridade? Após um curso de graduação bem realizado, coerente e de nível, o recém-graduado perde alguma oportunidade ou o direito de cursar pós-graduação (Residência Médica, por exemplo) e continuar sua formação? Ou na verdade ele estará ainda mais capacitado e com outras oportunidades que poderão ser utilizadas? Avaliamos que o consenso possível e produtivo nestas questões é: devemos formar, de preferência, bons “médicos”.

Tabela 9: Dados obtidos analisando a opinião docente sobre a diretriz de se formar médicos generalistas.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Concordo e apóio totalmente	63,56%	68,12%	57,14%
Concordo, mas não apóio	7,63%	10,14%	4,08%
Não concordo, mas apóio	18,64%	13,04%	26,53%
Não concordo e não apóio	1,69%	1,45%	2,04%
Não tenho opinião formada	4,24%	4,35%	4,08%
Não respondeu	4,24%	2,90%	6,12%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

A opinião dos professores sobre o comportamento pró-ativo do aluno (Tabela 10), ou seja, que este se empenhe na busca de conhecimento, revela que a maioria dos docentes concorda parcialmente com essa diretriz, visto que, na opinião dos entrevistados, não há amadurecimento suficiente do aluno, mesmo com a ajuda de docentes preparados (54,24%). O Ministério da Educação incentiva o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos. Afinal, o objetivo das novas Diretrizes Curriculares é exatamente levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado (Brasil, 2003). Entretanto, dados nacionais mostram que em 61% das escolas médicas questionadas sobre tal tema há prevalência de aulas teóricas (de 25 a 50% da carga horária curricular) e, em mais da metade delas, o comportamento pró-ativo restringe-se a, no máximo, 10% da carga horária curricular (Gonçalves, 1992). Em nossa avaliação, até o 6º período do curso, é duas vezes superior o número de docentes que analisam não haver amadurecimento discente (60,87%) em relação aos que afirmam que os discentes estão preparados (28,99%). Desta forma, perguntamos: a experiência da implantação fez com que os docentes amadurecessem ainda mais sua opinião frente à realidade encontrada? Assim, observamos que a partir do 7º período, há proximidade entre os que concordam totalmente que há amadurecimento do aluno (42,86%) e os que concordam apenas parcialmente (44,90%). Salientamos que este último segmento ainda não está diretamente envolvido com os alunos submetidos à reforma e não vivenciaram a prática a ser implementada.

Tabela 10: Dados obtidos analisando a opinião docente sobre a diretriz que enfoca o comportamento pró-ativo do aluno.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Concordo totalmente	34,75%	28,99%	42,86%
Concordo parcialmente	54,24%	60,87%	44,90%
Discordo totalmente	7,63%	7,25%	8,16%
Não estou informado	0,85%	0,00%	2,04%
Não respondeu	2,54%	2,90%	2,04%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Parte importante de docentes (38,14%) demonstrou conhecer apenas superficialmente as pedagogias de ensino apresentadas na questão (transmissão, condicionamento e problematização) (Tabela 11). Entretanto, nota-se que há uma grande parcela que conhece bem o tema, assim como aceitam todas as pedagogias como válidas (51,69%). Desta forma, poderia haver uma maior divulgação, ou atividades informativas em grupo ou mesmo busca de informação por parte dos docentes sobre este tema. Com capacitação cada vez mais aprimorada, os professores estarão mais bem preparados para oferecer aos alunos uma formação acadêmica ainda melhor. Salientamos que, no 2º semestre de 2003, houve duas oficinas de sensibilização na pedagogia da problematização promovidas pelo Promed/UFJF (Programa de incentivo a mudanças curriculares no Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora).

Tabela 11: Dados obtidos segundo o conhecimento docente sobre as pedagogias do ensino (transmissão, condicionamento e problematização).

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Nunca li ou ouvi	6,78%	8,70%	4,08%
Conheço superficialmente	38,14%	31,88%	46,94%
Conheço bem este tema	51,69%	57,97%	42,86%
Não respondeu	3,39%	1,45%	6,12%
Total	100,00%	100,00%	100,00

No que se refere à forma de avaliação do aluno (Tabela 12), percebemos que uma parcela significativa dos docentes mostrou-se contrária à forma tradicional (testes e provas escritas), sendo favoráveis a um processo contínuo de avaliação durante o período letivo (42,86%) estando, portanto, em consonância com as novas diretrizes, que devem estimular o abandono das concepções herméticas das grades curriculares (Brasil, 2003) e de suas avaliações. Foi observado, contudo, que uma grande parte dos

professores até o 6º período (24,64%) utilizam esta forma de avaliação por não visualizarem um método melhor e que seja aplicável na estrutura atual de ensino. Do 7º período em diante, mostrou-se prevalente (24,00%) a opinião de que deve persistir a forma tradicional de avaliar o aluno, em comparação com os docentes até o 6º período (13,04%). Dados nacionais mostram que, nas escolas médicas brasileiras, 66% adotam pelo menos uma prova tradicional por disciplina, no período de um semestre, mostrando que ainda há predomínio deste tipo de avaliação do aluno (GONÇALVES, 1992). Porém, quanto à avaliação através de um processo ao longo do semestre, indagamos: em virtude da carência de professores e número excessivo de alunos para cada docente, é possível um julgamento justo e imparcial por parte do docente? O aluno, sabedor desta avaliação, não se faria presente com atitudes que o valorizassem, em momentos estratégicos da avaliação? Há segurança e preparo do docente em realizar esta tarefa?

Tabela 12: Dados obtidos segundo os métodos de avaliação discente.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Deve continuar havendo testes	17,65%	13,04%	24,00%
Deve haver algo melhor que testes	26,05%	24,64%	28,00%
Não uso testes. Realizo trabalhos	2,52%	2,90%	2,00%
Avaliação através de um processo	42,86%	46,38%	38,00%
Não tenho opinião formada	3,36%	2,90%	4,00%
Não respondeu	7,56%	10,14%	4,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

No que tange à questão da obrigatoriedade ou não da presença do aluno na sala de aula (Tabela 13) através do uso da chamada, houve uma relativa divergência de opiniões: 43,22% dos docentes entrevistados são da opinião de que a presença do aluno na sala de aula depende da motivação do aluno e da competência do docente, não se fazendo necessária tal cobrança. Por outro lado, 32,20% avaliaram que não há amadurecimento suficiente dos discentes para não se fazer chamada. É claro que a possibilidade de se ministrar aulas de maneira dinâmica e criativa, ao mesmo tempo em que não haja perda de conteúdo é interessante. Porém, a realidade atual ainda não contempla a todos os docentes esta possibilidade, devido à relativa carência de material didático e de espaço físico para todos os alunos se acomodarem em ótimas condições de estudo, serem distribuídos em turmas menores, bem como docentes e monitores em número suficiente.

Em recente publicação sobre o perfil dos discentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (CHEHUEN, 2003), alguns aspectos favoráveis merecem ser destacados: a grande maioria tem conceito “bom” e “ótimo” do curso médico que realizam; apreciam docentes com preocupação

técnica-científica e com tratamento maduro em relação ao aluno; farão pesquisa bibliográfica em caso de dúvida. Assim, os docentes têm pontos importantes a serem explorados para melhor desempenho dos trabalhos de implantação das novas diretrizes curriculares. Porém, aspectos desfavoráveis foram observados: acham ínfima a importância para a sua formação aqueles docentes ligados à pesquisa e não pretendem interiorizar-se após a formatura, atitudes que devem ser avaliadas e discutidas, visto serem um contraponto ao rumo dos trabalhos da reforma curricular.

Tabela 13: Dados obtidos segundo a opinião docente sobre a presença do aluno em sala de aula (frequência).

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Faço questão da presença	8,47%	5,80%	12,24%
Não há amadurecimento para não se exigir presença	32,20%	31,88%	32,65%
Os alunos me assistem sem exigir presença	43,22%	42,03%	44,90%
Não dou aulas teóricas	5,93%	4,35%	8,16%
Não respondeu	10,17%	15,94%	2,04%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Notamos que 70,16% dos entrevistados estão motivados a colaborar com o processo da Reforma Curricular (Tabela 14), porém fazem referência à necessidade de intensificar as informações, o esclarecimento e a motivação dos mesmos, a fim de que estes possam orientar seus esforços e ações de maneira efetiva e coletiva em prol de uma implementação sólida das propostas discutidas no processo da Reforma Curricular. Desta forma se consolida a possibilidade da participação docente neste trabalho, denotando, assim, o amadurecimento dos professores da Faculdade de Medicina da UFJF em busca da formação de médicos cada vez mais capacitados, com formação ampla, porém com conteúdo profundo, centrado e baseado na prevalência das doenças, conhecendo a população que vai atender, o Sistema Único de Saúde, suas entidades de representação e os demais colegas de profissão.

Tabela 14: Dados obtidos segundo a análise docente sobre o próprio comportamento frente às propostas da reforma curricular.

	Todos os períodos	Até o 6º período	7º período em diante
Sou muito motivado	20,16%	20,55%	19,61%
Sou motivado	70,16%	75,34%	62,75%
Sou desmotivado	3,23%	0,00%	7,84%
Sou totalmente desmotivado	1,61%	1,37%	1,96%
Estou desinformado sobre a reforma	3,23%	0,00%	7,84%
Não respondeu	1,61%	2,74%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

4. CONCLUSÕES

1. Os docentes da Faculdade de Medicina da UFJF estão informados acerca dos motivos da reforma no currículo e concordam que esta deve ocorrer, ressalvando as limitações da estrutura física e de pessoal, que devem ser aprimoradas.
2. É necessário melhorar as informações sobre as medidas implementadas entre os professores ao longo de todo o curso médico, divulgando os resultados e as experiências já ocorridas, de forma a facilitar os trabalhos.
3. Os docentes demonstraram disposição para implementar a reforma curricular e estão motivados com os trabalhos.
4. Quase a totalidade dos docentes considera que os alunos ainda necessitam de intenso e constante esclarecimento e motivação em relação às propostas da reforma curricular, para que haja amadurecimento das necessidades curriculares e profissionais, com objetivo de incrementar e dar segurança na busca do conhecimento e da autoformação, tendo uma atitude pró-ativa frente aos ensinamentos.

5. AGRADECIMENTOS.

Aos docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela oportunidade, paciência, colaboração e compreensão para com alunos em início de formação, motivados e dispostos a darem sua parcela de contribuição com as melhorias necessárias no curso médico. Esperamos ter efetivamente contribuído com a Faculdade de Medicina.

6. OPINIÃO.

Professor Dr. José Olindo Duarte Ferreira, Diretor da Faculdade de Medicina da UFJF.

A direção da Faculdade de Medicina apóia integralmente o projeto da participação ativa do aluno na busca de informações relacionadas à educação médica.

Saliento a importância da construção do projeto instituído pela disciplina de Metodologia Científica e sua constante procura de aprimoramento, com participação cada vez maior dos alunos. Discordo apenas da manifestação dos nossos docentes no quesito 4, visto que a preocupação desta direção em fornecer oportunidades de participação e de pronunciamento é constante. Foram realizadas várias reuniões, seminários e cursos de aperfeiçoamento e de capacitação docente, momentos que poderiam ter tido ampla participação dos docentes da Faculdade de Medicina da UFJF, demonstrando sua experiência e contribuindo com sugestões.

7. ANEXO

1. O Sr. (a) conhece claramente os motivos de estar ocorrendo a reforma do currículo médico da FM da UFJF?

a) Sim; b) Não; c) Parcialmente.

2. Concorda com a necessidade divulgada de que deve haver a reforma curricular?

a) Sim, concordo totalmente; b) Não, discordo totalmente; c) Concordo parcialmente.

3. Concorda com o andamento dos trabalhos e, conseqüentemente, com as medidas tomadas até agora referentes a reforma do currículo?

a) Sim; b) Não; c) Parcialmente; d) Desconheço as medidas tomadas até agora.

4. Você é/foi ouvido a contento, ou seja, pôde opinar de forma satisfatória?

a) Sim; b) Não. Eu não tive oportunidade; c) Não. Mas tive oportunidade; d) Fui ouvido de forma parcial.

5. Como avalia, pessoalmente, a reforma curricular que ocorreu até agora (1º ao 6º períodos)?
- a) Não estou informado sobre este tema; b) Estou totalmente satisfeito; c) Estou satisfeito.
 - d) Estou insatisfeito; e) Estou totalmente insatisfeito.
6. Como avalia sua condição pessoal/real de trabalho frente às novas diretrizes que estão sendo propostas (não referimos a salário)?
- a) Não estou informado sobre as novas diretrizes da reforma curricular.
 - b) Avalio muitas dificuldades de implementação, penso que são até insuperáveis.
 - c) Avalio algumas dificuldades, porém todas superáveis ao longo do tempo.
 - d) Tenho plenas condições de implementar as medidas propostas de forma rápida.
7. Como avalia os prováveis resultados a serem alcançados pela reforma curricular, como por exemplo, a melhoria do ensino, da pesquisa, a formação de médicos generalistas etc?
- a) Estou convicto de que formaremos profissionais mais capacitados que atualmente.
 - b) Formaremos profissionais com baixo conteúdo teórico/prático, com queda no nível de formação.
 - c) Não se alterará de forma substancial a formação acadêmica nem profissional.
 - d) Não estou informado sobre este tema.
8. Como avalia o comportamento atual do aluno frente às propostas da reforma curricular?
- a) Os alunos têm atualmente as melhores condições de adaptação e de integração à reforma curricular. Basta manter as medidas tomadas até o momento que teremos retorno satisfatório.
 - b) O comportamento do aluno ao longo do curso não é favorável; mesmo com permanente informação e conscientização, não há amadurecimento do aluno para a real implementação da reforma curricular.
 - c) Há ainda necessidade de intenso e constante esclarecimento e motivação dos alunos para que haja amadurecimento baseado em informações das necessidades curriculares e profissionais.
 - d) Não estou informado sobre a reforma curricular.
9. Uma diretriz curricular em implantação na UFJF refere-se a formar médicos generalistas. Qual sua opinião sobre este tema?
- a) CONCORDO e APOIO totalmente, visto que o Brasil precisa destes profissionais. Temos condições de realizar este projeto, formando generalistas e não especialistas.

b) CONCORDO com a diretriz, mas NÃO APOIO. O Brasil precisa de generalistas, mas as condições estruturais, de recursos e o interesse dos docentes da FM não permitem implantar este currículo de forma correta.

c) NÃO CONCORDO com a diretriz, mas APOIO a idéia. O mercado de trabalho não é favorável a este profissional que se propõe formar, pois valoriza o especialista. Porém, apoio a idéia, visto ser uma nova meta de formação acadêmica. Vou me esforçar para contribuir.

d) NÃO CONCORDO e NÃO APOIO. Não haverá mercado de trabalho. Estes alunos vão se especializar. Penso que estamos sendo manipulados pelo governo, que tem interesses administrativos com estas medidas (SUS). Aliás, não há maior apoio à instituição para outros projetos mais importantes.

e) Não tenho opinião formada sobre este assunto.

10. Uma diretriz curricular em implantação na FM da UFJF refere-se a que o aluno tenha um comportamento pró-ativo, ou seja, busque o conhecimento. Qual a sua opinião sobre este tema?

a) CONCORDO TOTALMENTE. Aulas teóricas convencionais pré-fabricadas são pouco úteis e não são motivadoras. O aluno já tem condições de se esforçar mais, estudar sozinho e buscar informações. Sob orientação docente para esta função, podemos até acabar com um número ainda mais expressivo de aulas teóricas.

b) CONCORDO apenas PARCIALMENTE com a idéia, visto não encontrar amadurecimento no aluno para realizar de forma correta esta tarefa, mesmo com ajuda de docentes preparados. A infra-estrutura da FM não está preparada para este trabalho.

c) DISCORDO TOTALMENTE desta diretriz. Prefiro transmitir as informações básicas em aulas tradicionais, com conteúdo já estipulado. Ganha-se tempo para os alunos realizarem outras tarefas, como pôr exemplo buscar outros conhecimentos, realizar pesquisa, cursar optativa etc a FM não dispõe de condições técnicas (salas, bibliotecas, computadores etc) para o aluno realizar esta tarefa. Penso também que os professores não estão devidamente preparados para orientar os alunos neste sentido.

d) Não estou informado sobre este assunto.

11. São basicamente três as pedagogias do ensino: X) Transmissão; Y) Condicionamento; Z) Problematização. Qual a sua opinião sobre este tema?

a) Nunca li ou ouvi sobre as características de cada uma delas ou sobre este tema.

b) Conheço apenas superficialmente cada uma delas. Preciso me informar melhor. Penso que deveria haver maior divulgação e estudos entre os alunos e docentes sobre este tema.

c) Conheço bem este tema. Sou da opinião que a opção X; ou Y; ou Z; ou todas elas é (são) a (s) melhor (es), na dependência de cada situação específica.

12. Atualmente se discute como se deve avaliar o aluno. Qual a sua opinião sobre este tema?

a) Penso que deve continuar havendo testes ou provas como sempre existiu. Fico mais tranquilo ao saber que há um meio mais objetivo e direto de dar uma nota ao aluno. Na verdade, é o que temos de melhor para avaliar o conhecimento, sem haver discriminação ou subjetividade.

b) Não gosto de provas ou testes previamente marcados, como nos moldes atuais. Basta o aluno decorar e responder. Penso que deve haver método melhor, mas não consigo sair deste esquema para algo melhor.

c) Não uso provas ou testes para avaliar o aluno. Realizo trabalhos escritos, pesquisas, seminários etc., individualmente ou em grupos. Sou contra as provas previamente marcadas.

d) Minha opinião é que a avaliação deve ser feita através de um processo, ou seja, algo contínuo ao longo do semestre letivo. O convívio e o desempenho individuais ou em grupo são os fundamentos principais. Não deve haver provas ou testes convencionais.

e) Não tenho opinião formada sobre este tema.

13. Atualmente se discute sobre a presença do aluno em sala de aula. Qual a sua opinião sobre este tema?

a) Faço questão da presença do aluno. As aulas teóricas são a principal fonte de conhecimento do aluno atualmente. Sou motivado a dar aulas teóricas. Nossa FM não dispõe de recurso melhor para transmitir conhecimento.

b) Penso que não há amadurecimento do aluno para não se exigir presença. Claro que há procedimento melhor de se obter aproveitamento escolar, mas atualmente não temos condições de abrir mão deste principal método utilizado por mim.

c) Os alunos me assistem a todas as aulas, sem exigência de presença. É questão de interesse e motivação do aluno para com a matéria, e competência do docente.

d) Não dou aulas teóricas geralmente, que são apenas um complemento dos estudos de cada tema, e não exijo presença. O aluno deve se informar cada vez mais sobre o assunto, que é discutido a seu tempo.

14. Como avalia seu próprio comportamento frente às propostas da reforma curricular? Assinale mais de uma opção se for o caso.

a) Tenho atualmente as melhores condições de adaptação e de integração à reforma curricular. Basta manter as medidas tomadas e os esclarecimentos dados até o momento que poderei cada vez mais colaborar e dar retorno satisfatório. Estou amadurecido e consciente da necessidade de se mudar, e para melhor. Sou muito motivado.

b) Há necessidade de se intensificar o constante esclarecimento e a motivação dos docentes, para que eu possa amadurecer baseado nas informações das necessidades curriculares e profissionais. Estou disposto a prosseguir colaborando ao longo do tempo e com as melhorias estruturais necessárias. Sou motivado.

c) devo até reconhecer que meu comportamento frente às novas diretrizes pode ser aprimorado; mesmo com permanente informação e conscientização não tenho total convicção para colaborar com a total implantação da reforma curricular. Tenho dificuldades para mudar meu comportamento. Prefiro o método tradicional. Sou desmotivado.

d) Por mais que tenha tentado, não consigo receber informações suficientes sobre a reforma. Estou inseguro sobre as medidas e sobre a formação dos alunos. Sou totalmente desmotivado.

e) Estou totalmente desinformado sobre a reforma curricular.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/cursos/default.shtm>>. Acesso em: 14 nov. 2003.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Perfil dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.29, n.1/2), p. 417-422, 2003.

GONÇALVES, E.L. Perfil da escola médica brasileira em 1991 / Profile of the brazilian medical school in 1991. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 200-208, jul.-ago., 1992.

Submissão: fevereiro de 2004

Aprovação: junho de 2004

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES GERIÁTRICOS: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA EM APS

Urinary incontinence in geriatric patients: diagnostic approach in primary health care

Lucas Vilas Bôas Magalhães*

Resumo

A partir de uma situação clínica real, discutem-se os passos a serem tomados pelo médico de atenção primária à saúde (APS) para o esclarecimento diagnóstico de pacientes geriátricos com incontinência urinária, de acordo com a literatura pertinente. Tal abordagem é fundamental para o tratamento adequado e, se for o caso, para encaminhamento ao serviço especializado correto, que nem sempre é a urologia ou a ginecologia. A utilização adequada desta abordagem pode melhorar a resolutibilidade do sistema único de saúde (SUS) para este grupo de pacientes.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Diagnóstico; Atenção Primária À Saúde

Abstract

Beginning with a real clinical picture, we have discussed the steps for primary care physicians to clarify the diagnosis of urinary incontinence in geriatric patients, according to the literature. This approach is fundamental for correct treatment and, if necessary, for referring to correct specialized service, it is not always urology or gynecology. The adequate use of this approach can optimize the resoluteness of Brazilian Public Health System (SUS) for this group of patients.

Key Words: Urinary Incontinence; Diagnosis; Primary Health Care

*Graduando do 12º período de Medicina - UFJF

Endereço para correspondência:

Rua Olegário Maciel, 380/302 - Santa Helena – Juiz de Fora –MG – CEP: 36015-350

E-mail: lucapedralva@hotmail.com- Fone: (32) 32115624

1) **Introdução**

A incontinência urinária na 3ª idade é uma síndrome clínica definida pela perda involuntária de urina objetivamente demonstrável (ABRAMS et al,2000). É sempre patológica neste grupo etário, ao contrário de certo grau de nictúria e polaciúria, que podem fazer parte da fisiologia do envelhecimento (RESNICK, 1995). A síndrome tende a tornar-se cada vez mais freqüente com o envelhecimento populacional (ABRAMS et al, 2000), o que gera preocupações em virtude dos problemas gerados por suas complicações médicas (úlceras de pressão, infecção urinária e urosepse, quedas e fraturas), pelos imensos gastos do sistema de saúde (WEISS,1998) e , acima de tudo, pelos problemas sociais dela decorrentes (BUTLER et al, 1999), destacando-se a depressão, o isolamento social e o fato da incontinência urinária ser um dos principais fatores de risco para institucionalização, senão o principal.(RESNICK,1995).

Para se ter uma idéia da magnitude do problema, a incontinência urinária em idosos está presente, em um dado momento, em 15-30% dos pacientes comunitários, em 1/3 dos idosos atendidos em emergências e em 50% dos idosos institucionalizados (RESNICK,1995). Apesar de amplamente prevalente na comunidade e em outros ambientes, o problema é pouco detectado, já que os pacientes não falam ao médico, em 2/3 dos casos devido à sensação de “embaraço” (ROE et al, 1999) e os médicos não perguntam (COHEN et al, 1999) ou subestimam as queixas “inespecíficas”, tão comuns em APS (BONSEÑOR, 2001). Decorre, também, que os médicos têm recebido pouco treinamento neste assunto e vêem a probabilidade de tratamento satisfatório como baixa, apesar das evidências de que a condição é tratável e freqüentemente curável, mesmo em idosos debilitados.(RESNICK et al, 1989). Quando se consegue definir a síndrome em APS, o segundo desafio é a utilização do método clínico de forma adequada para a tomada de decisões, já que os livros texto em geral são desatualizados (SACKETT et al, 2000) e com excesso de informações de pouca relevância prática para o profissional das unidades básicas de saúde (UBS's) .

Existe uma infinidade de fatores predisponentes à incontinência urinária, tanto dentro quanto fora do trato urinário (RESNICK,1998), muito comuns em pacientes geriátricos, apesar de incomuns em outros grupos etários (ABRAMS et al,2000; RESNICK, 1995). Tais fatores fazem com que a condição seja reversível em 1/3 dos casos comunitários e em

50% dos casos hospitalares, e intervenções não serão efetivas enquanto estes fatores não forem resolvidos (WEISS,1998). Afastados estes fatores, passa a ser importante o entendimento dos “mecanismos básicos” de incontinência, a saber incontinência de urgência, stress [mista se as duas coexistirem (FANTL et al., 1990)] ou transbordamento. Tal compreensão orienta a tomada de decisões (RESNICK,1995).

Sabe-se que o profissional médico nem sempre toma atitudes em uma seqüência com a melhor justificativa científica ou com o melhor custo-benefício (BASTOS et al., 1999). É possível, então, que uma ferramenta que utilize uma abordagem sistematizada possa ajudar os médicos a buscar dados específicos (BASTOS et al., 2000), o que é de fundamental importância para o tratamento adequado da incontinência urinária em APS ou, se for o caso, o encaminhamento para o especialista ou serviço competentes para a resolução do problema (WEISS,1998). Este trabalho objetiva mostrar, a partir da apresentação de um caso clínico real, uma forma de abordagem de pacientes geriátricos com incontinência urinária e as respectivas condutas em cada situação no nível primário de saúde.

2) Apresentação de caso

ENTREVISTA:O médico foi chamado para uma visita domiciliar.Era domingo, 21:00 h. Tratava-se de uma paciente de 84 anos, bastante ativa, com queixa de perda involuntária de urina há anos, que agravou-se há alguns dias e que, no momento, estava praticamente permanente, dia e noite (“quando dá vontade tenho que sair correndo para o banheiro, senão sai na roupa”), prejudicando sua vida social. Nega quaisquer outros sintomas urinários, ginecológicos ou em membros inferiores, períneo e região lombar. Ritmo intestinal sem alterações. Sono, apetite e humor preservados. Menopausa aos 50 anos, nunca fez uso de reposição hormonal sistêmica. GIII/PII/AI (2 partos vaginais sem intercorrências). Nega cirurgias pélvicas. Boa saúde geral, a par de arritmia cardíaca (em uso crônico de amiodarona), anquilose de joelho direito e vaginite atrófica (uso tópico de estrogênios). Nega uso de quaisquer outros fármacos. Algo desorientada no tempo e espaço (segundo a filha, desde há 4 dias quando recebeu alta de um hospital onde esteve internada para realização de um estudo urodinâmico), sem alterações crônicas significativas de comportamento, memória ou linguagem. Questionário de Folstein (FOLSTEIN et al., 1975) há 6 meses: 24 pontos. O questionário de Folstein é uma ferramenta diagnóstica de triagem

para disfunções cognitivas de qualquer natureza, em que o paciente executa uma série de tarefas simples (localizar-se, repetir palavras, calcular, cumprir ordens, escrever e desenhar) que permitem verificar a integridade das funções de orientação, atenção, memória, cálculo, abstração, linguagem e construção espacial. Atribuem-se pontos de acordo com o desempenho, e sugere-se como pontos de corte 21, 23 ou 24 se o indivíduo tiver até o 1º, 2º ou 3º graus de escolaridade, respectivamente.

EXAME FÍSICO PERTINENTE: Estava febril (38,5º C), com rubor facial e um pouco combativa ao exame. ACV: RCI (Compatível com fibrilação atrial), PA 150/80 mm Hg. Exame abdominal e ginecológico normais, sem prolapsos evidentes. Não há perda de urina com a manobra de Valsalva. Não há reflexos primitivos de liberação frontal. Marcha normal, sem déficit de mobilidade e com boa coordenação motora, sem movimentos involuntários. Destreza manual preservada. Tônus esfinteriano anal normal. Sem prejuízo da sensibilidade no períneo. A paciente tem uma vontade súbita de urinar, vai ao banheiro e, mesmo após a micção completa, a bexiga urinária permanece palpável. Glicemia de jejum há 1 mês: 94mg/dl. ECG no domicílio: fibrilação atrial.

A discussão diagnóstica e o desfecho deste caso serão apresentados na seção 4, após o entendimento da importância de uma abordagem sistematizada para este tipo de paciente, conforme foi realizado acima.

3) Abordagem do paciente geriátrico com incontinência urinária:

1º passo) O médico deve descartar fatores precipitantes (através de entrevista e exame físico pertinentes) para o tratamento adequado ou encaminhamento para o especialista correto (que nem sempre é o urologista ou ginecologista) (WEISS,1998). Talvez esteja aqui a grande contribuição que o médico generalista pode fazer em termos de cuidados com o paciente e de economia de gastos do sistema de saúde. (BASTOS et al.,2001)

→Condições a serem triadas e, se presentes, tratadas pelo médico de APS:(vide Quadro 1) (RESNICK,1995)

Quadro 1: Condições predisponentes transitórias a serem tratadas pelo médico de APS e conduta

Condição ou achado	Conduta
1) Detectado pela história	
Efeito colateral de fármacos	Descontinuar ou trocar, se possível
Delirium	Tratar a causa subjacente
Prostatectomia recente	Terapia comportamental
Ingestão excessiva de fluidos	Reduzir
Prejuízo na mobilidade	Tratar causa ou modificar o ambiente
2) Detectado pelo exame físico	
Vaginite atrófica	Terapia com estrogênios tópicos
Impactação fecal	Desimpactação e laxantes
3) Detectado pelo exame de urina quando realizado	
Infecção do trato urinário	Terapia antimicrobiana
Glicosúria	Controlar diabetes

Quadro1.Modificado de (Weiss, 1998) Inserir logo antes da 2ª seta da seção 3.

•“Delirium”: a avaliação do estado mental deve fazer parte da rotina nestes pacientes, em busca de alterações agudas ou subagudas (síndrome de “delirium”). Se houver a síndrome, buscar a causa , tratar em APS e reavaliar, ou encaminhar de saída nos casos em que houver causas mais específicas. A avaliação do estado mental pode também revelar o diagnóstico de uma síndrome demencial, cujo manejo depende de alguns exames de triagem para causas potencialmente reversíveis: hemograma, glicose, TGO, TGP, cálcio, creatinina, TSH, VDRL, Elisa (HIV), vitamina B12 e tomografia computadorizada de crânio, inicialmente. (Hodges,1996). Se houver disponibilidade, pedi-los, ou encaminhar o paciente para um serviço especializado na impossibilidade de realização.

•**ITU** (muito comum): Sugere-se que todo paciente com início ou piora recente de incontinência urinária deve realizar, se possível, EAS + Bacterioscopia (e/ou cultura). (Abrams et al,2000) .

•**Atrofia vaginal**: a deficiência estrogênica na menopausa prejudica a fisiologia dos tecidos estrogênio-dependentes existentes no trato gênito-urinário.

•**Fármacos (Farmacêuticos)**: são os predisponentes mais comuns e precipitam incontinência por diversos mecanismos. Entre os fármacos que podem precipitar incontinência urinária (WEISS, 1998), os de uso mais comum em APS são os diuréticos (especialmente a furosemida), o haloperidol, o diazepam, a amitriptilina e os beta-bloqueadores. Além disto, o álcool é um importante fator predisponente.

•**Motivação (Psychology)**: cita-se a depressão maior que raramente, em graus extremos, pode levar o paciente a perder o interesse em tudo, inclusive com a micção em local e hora apropriados.

•**Excesso de débito urinário**: por ingesta excessiva, hiperglicemia (Diabetes de qualquer natureza), distúrbios metabólicos (hipercalcúria) e insuficiência cardíaca (nictúria patológica).

•**Restrição de mobilidade**: exemplo artrites , artroses e ambientes domiciliares inadequados

•**Constipação intestinal (Stoll impactation)**, como exemplo o fecaloma, pelo efeito compressivo sobre a bexiga.

Foram colocadas letras em negrito que, se unidas na seqüência, formam o acrônimo, em inglês, **DIAPPERS** (Diaper: fralda) para ajudar na memorização (RESNICK, 1995).

→ Condições predisponentes a serem triadas em APS, que, se presentes, devem motivar um encaminhamento ao serviço especializado competente (vide quadro 2):

•**Doenças neurológicas**: compreendem, além da síndrome demencial já citada, o Parkinsonismo, a síndrome da cauda equina , as lesões de medula ou tronco encefálico e as lesões do lobo frontal .Atenção redobrada, portanto, para déficits em campos cognitivos, bradicinesia com rigidez e movimentos involuntários, lombalgia com anestesia “em sela”, sintomas e sinais de síndromes medulares ou de comprometimento de tronco encefálico e sintomas e sinais indicativos de comprometimento do lobo frontal (alterações recentes de comportamento, sintomas visuais ou presença de reflexos primitivos). •**Prolapsos gênito-**

urinários ou retais. •Cirurgias pélvicas extensas, cirurgia anti-incontinência prévia, irradiação pélvica e traumas pélvico-perineais (cuja causa mais comum são partos vaginais múltiplos com má assistência obstétrica).• Suspeita da presença de fístulas gênero-urinárias.

Quadro 2 : Indicações de referência para avaliação em serviço especializado

1) Condições detectadas pela história clínica:

- Início recente (há menos de 2 meses) de incontinência de urgência ou sintomas irritativos da bexiga
- Cirurgias pélvicas extensas, cirurgias anti incontinência ou irradiação pélvica
- Incontinência associada com infecção sintomática recorrente do trato urinário
- Suspeita de fístula

2) Condições detectadas pelo exame físico:

- Nódulo ou assimetria prostática
- Prolapso de órgãos pélvicos
- Anormalidade ao exame neurológico básico recomendado que sugira desordem específica do SNC ou periférico
- Volume residual pós miccional anormal

3) Condições detectadas pelo exame de urina, quando realizado:

- Hematúria sem infecção
- Proteinúria significativa persistente

4) Outras situações que surgem ou são detectadas durante ou após a avaliação básica acima (1,2 e 3):

- Impossibilidade de chegar a um diagnóstico presuntivo ou plano Terapêutico
- Resposta inadequada ao tratamento proposto para o diagnóstico presuntivo
- Consideração de intervenção cirúrgica

Quadro 2 . Modificado de (Weiss, 1998) Inserir logo antes do “2º passo”

2º passo) Se forem corrigidos e descartados os fatores predisponentes e a incontinência persistir, o médico deve tentar definir o mecanismo básico (causa) da incontinência. Os mecanismos mais comuns são (RESNICK, 1995; ABRAMS et al., 2000; WEISS, 1998):

- a) **Incontinência urinária de stress (esforço):** é a causa mais comum na mulher idosa, que ocorre em virtude de uma diminuição da resistência uretral, geralmente por distúrbios anatômicos pélvico-perineais. Não tem urgência, e a perda involuntária de urina ocorre aos esforços.
- b) **Incontinência urinária de urgência (hiperatividade do detrusor):** é 2ª causa mais comum na mulher idosa e a 1ª no homem idoso. Ocorre por contração involuntária do detrusor, com um desejo súbito de urinar prévio.
- c) **Incontinência urinária por transbordamento:** 2ª causa mais comum no homem, que ocorre devido ao aumento da resistência uretral, devendo-se sempre pensar em hiperplasia ou câncer prostático. Avaliação prostática é, portanto, indispensável em homens idosos com incontinência urinária.

Se não se conseguir esta definição, encaminhar. Nos serviços especializados, o tratamento repousa em diagnósticos mais precisos da urodinâmica ou outros testes.(ABRAMS et al., 2000). Se houver um mecanismo predominante definido pela clínica, iniciar tratamento empírico em APS. (WEISS,1998).

- **Incontinência de stress:** A manobra de Valsalva (através da tosse forçada, com aumento na pressão abdômino-pélvica) é um importante teste em APS para pacientes incontinentes, e a ausência de perda de urina é forte evidência contra incontinência de stress.(JENSEN et al.,1994). Este tipo de incontinência ocorre no homem apenas após ressecções prostáticas extensas. O tratamento empírico em APS consiste em exercícios de retreinamento da musculatura pélvica e a referência para a fisioterapia é de grande valor. Também podem ser tentados alguns fármacos, como os agonistas alfa-adrenérgicos. Em caso de falha dos tratamentos propostos, referenciar para serviço especializado, ressaltando-se o fato de que os tratamentos cirúrgicos são muito mais efetivos que os clínicos neste mecanismo de incontinência, e muitos recomendam terapias cirúrgicas como primeira escolha em pacientes com diagnóstico de incontinência de stress firmado pela urodinâmica e com condições cirúrgicas adequadas (WEISS, 1998).

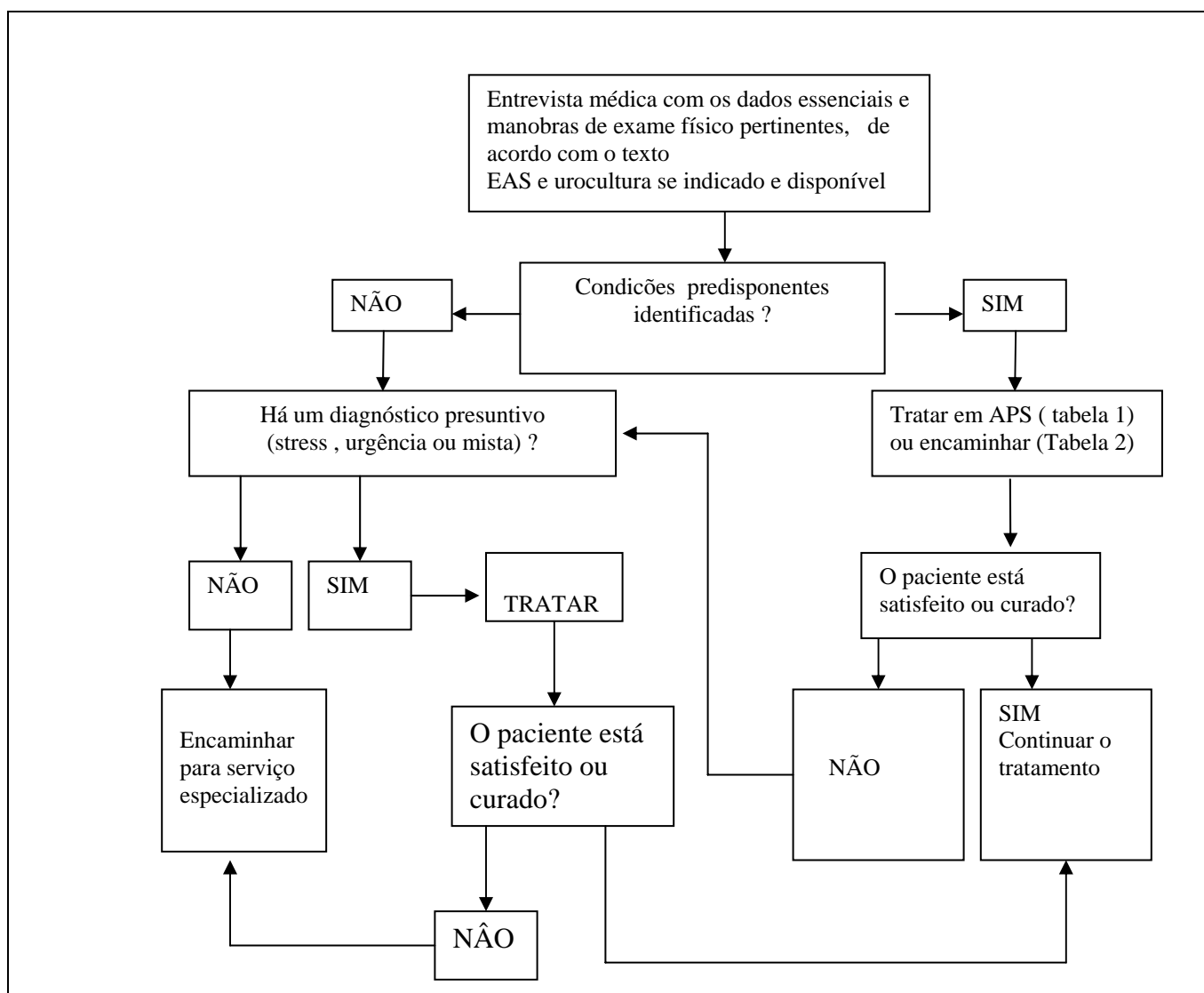
- **Incontinência de urgência:** A primeira opção de tratamento recomendado em APS são as terapias comportamentais, como as manobras para “retreinamento” da bexiga. Aqui uma consulta com o fisioterapeuta também é muito bem vinda. A segunda opção são os fármacos anticolinérgicos, como a oxibutinina e a imipramina. Se falhar, referenciar ao

especialista para condutas específicas (como cateterização) e até cirurgia (raramente feita nestes casos) (WEISS, 1998).

•**Incontinência de transbordamento:** na mulher, só ocorre se houver iatrogenia na cirurgia de suspensão do colo da bexiga ou em caso de prolapso severo da uretra com torção. Nos dois sexos, a conduta a ser adotada pelo médico de APS é encaminhar para serviço especializado, pois o tratamento geralmente envolve cateterização, obviamente após a resolução da causa de base, como a hiperplasia prostática benigna.

A abordagem apresentada e as respectivas condutas estão resumidas no fluxograma

Fluxograma: abordagem do paciente geriátrico comunitário com incontinência urinária



4) Discussão diagnóstica e desfecho do caso apresentado

Para o diagnóstico de fatores predisponentes para incontinência, no caso, foi pensado inicialmente numa síndrome de “delirium” (pelo quadro agudo de desorientação, agitação, rubor facial e febre), tendo como principal etiologia, neste contexto, a de infecção do trato urinário (ITU), provavelmente hospitalar, em virtude da manipulação para o procedimento. Outras possibilidades a serem consideradas aqui seriam também Parkinsonismo, pelo uso crônico da amiodarona, que é incomum (LITVAN, 2000), logo descartado pela ausência de evidências clínicas; e déficit da mobilidade, que poderia estar comprometida pela anquilose e pela idade, mas a marcha normal descartou este fator. Além disto, a vaginite atrófica é um fator predisponente conhecido, mas também descartado pelo bom trofismo vulvar. Não havia evidências clínicas de nenhum dos outros fatores predisponentes. Foi então iniciado tratamento com Ceftriaxone 500mg EV no domicílio e prescrição de ciprofloxacina oral, a ser iniciada no dia seguinte.

EVOLUÇÃO: Três dias após, a paciente estava afebril, com importante melhora do aspecto geral, porém com discreta melhora do quadro de incontinência. O próximo passo, então, seria fazer um diagnóstico clínico presuntivo e iniciar o tratamento empírico. A presença de urgência urinária, assim como a ausência de dados que falem a favor de incontinência de stress, como a ausência de perda de urina com a manobra de Valsalva, apontam para o padrão de urgência como sendo o mais provável e predominante, embora saiba-se que em alguns casos a urodinâmica (padrão ouro) revele um padrão diferente daquele sugerido pela clínica (WEISS,1998). O estudo urodinâmico é indicado, em APS, a partir da palpação de volume residual após micção completa, como vimos com a senhora em questão, ou a detecção deste volume por USG ou cateterização, se houver disponibilidade. Lembremos que a USG não existe no nível primário em países em desenvolvimento como o Brasil e mesmo nas nações industrializadas.(ABRAMS et al.,2000). A paciente trouxe o resultado de sua urodinâmica, que confirmou padrão de incontinência de urgência. Como a paciente já havia tentado manobras comportamentais e fisioterapia, com pouco resultado, e apresentava contra indicação aos antimuscarínicos (fibrilação atrial), além do grande risco de “delirium” que existe com o emprego destes fármacos (RESNICK, 1995), foi feita referência ao urologista, para conduta definitiva. Para entendermos o desfecho é

fundamental o entendimento do conceito de “continência social”: num paciente idoso, com pouca condição cirúrgica, se falharem os tratamentos dos mecanismos básicos para urgência ou stress, acima expostos, são propostas medidas terapêuticas para promover continência e evitar transtornos na vida pessoal e social, como o uso de fraldas e a cateterização (ABRAMS et al.,2000). Assim, cirurgia não era uma boa opção para esta senhora (de 84 anos, com fibrilação atrial), e, após discussão com a paciente e familiares sobre as opções de tratamento, decidiu-se realizar cateterização urinária permanente. A paciente passa bem.

5) **Conclusão:** Foi apresentada uma abordagem da incontinência urinária para aplicação imediata na prática diária em APS , sem detalhes fisiopatológicos maçantes. Assim, fica a mensagem de que os pacientes da terceira idade com incontinência urinária devem ser atendidos com todo o cuidado para a triagem adequada de fatores predisponentes e causas, assim como para um tratamento e encaminhamento corretos. Como foi visto, pode ser até um neurologista ou psiquiatra o profissional mais adequado para manejar um caso destes!

6) REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Consensus. Assessment and treatment of urinary incontinence. **Lancet**, London, v. 355, p. 2153-2158, june 2000.

BASTOS, R. R. et al. Nem só de falta de recursos padece o SUS (uma crítica à tomada de decisões clínicas). **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 25, n. 2, p. 87-91, 1999.

BASTOS, R.R. et al. Exame físico de abordagem (Semiologia Baseada em Evidências). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA,38.,2000, Petrópolis. **Resumos...**Petrópolis; Associação Brasileira de Educação Médica, 2000, p. 101.

BASTOS, R.R.et al. Quem está tonto? O custo benefício de ferramentas para a tomada de decisões. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 27, n. 1, 2 e 3, p. 309-311, 2001.

BONSEÑOR, I. M. Minor symptoms: the illness of the 21st century. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 119, n. 2, p. 46-47, 2001.

BUTLER, R. N. et al. Urinary incontinence: when to refer for procedural therapies. **Geriatrics**, New York, v. 54, n. 12, p. 49-56, dec. 1999.

COHEN, S. J. et al. Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. **Journal Gerontology**, Washington, v. 54, n. 1, p. M34-37, jan. 1999.

FANTL, J.A. et al. Urinary incontinence in community-dwelling women: clinical, urodynamic and severity characteristics. **American Journal Obstetrics Gynecology**, Saint Louis, v. 162, p. 946-951, 1990.

FOLSTEIN, M. F. et al. Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric Research**, v. 12, p. 196-198, 1975.

HODGES, J. R. Dementia. In: WEAEERALL, D. **Oxford textbook of medicine**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 3965-3971.

JENSEN, J. K. et al. The role of patients history in the diagnosis of urinary incontinence. **Obstetrics gynecology**, v. 83, p. 904-910, 1994.

LITVAN, I. Síndromes parkinsonianas. Quando representam doença de Parkinson? **JAMA Brasil**, Rio de Janeiro, vol 4, n. 4, p. 3090-3091, 2000.

RESNICK, N. M. et al. Urinary incontinence among elderly persons. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 320, p. 1421-1422, 1989.

RESNICK, N. M. Urinary incontinence. **Lancet**, London, v. 346, p. 94-99, 1995.

RESNICK, N. M. Improving treatment of urinary incontinence. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 280, p. 2034-2035, 1998.

ROE, B. et al. Help seeking behaviour and health and social services utilization by people suffering from urinary incontinence. **International Journal Nursing Study**, Liverpool, v. 36, n. 3, p. 245-253, june 1999.

SACKETT, D. et al. **Evidence-based medicine**. New York, Churchill-Livingstone, 2000. 261p.

WEISS, B. D. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. **American Family Physician**, Kansas City, v, 57, p. 2675-2688, june 1998.

Submissão: janeiro de 2004

Aprovação: abril de 2004

Refletindo sobre a prática docente: contribuição do PROMED/UFJF

Reflecting on teaching practices: contributions of PROMED/UFJF

Beatriz Francisco Farah*
Neuza Marina Mauad**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo relatar a experiência de facilitação da Oficina de sensibilização na pedagogia da Problematização junto aos docentes do curso de medicina da UFJF. Utiliza a concepção de educação permanente em saúde, em que o processo educativo parte da prática real de trabalho, da reflexão crítica sobre ela com vistas à transformação dessa prática em um ciclo de ação-reflexão-ação. A metodologia da Problematização é vivenciada no desenrolar da oficina. Essa foi construída especificamente para responder às demandas de educação permanente dos docentes frente às diretrizes curriculares do MEC e do PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Curso de Medicina), programa apoiado pelo Ministério da Saúde.

PALAVRAS CHAVE: Educação Médica; Educação Médica Continuada.

Abstract

This article focuses on the helpful experience of the sensitization workshop in the teaching of Problematizing, together with the UFJF medical school faculty. It utilizes the conception of permanent learning in the Health area, in which the educational process is based on actual medical practice, and on critical reflection about it, with the aim of transforming this practice into a cycle of action-reflection-action. The teaching of Problematizing is experienced during the workshop, which was specifically designed to respond to the faculty's permanent education needs, given the curricular guidelines of the MEC and the PROMED (Incentive Program for Changes in Medical School Curriculum), which is a program supported by the Ministry of Health.

KEY WORDS: Education, Medical; Education, Medical, Continuing

*enfermeira da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, mestre em enfermagem, doutoranda em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, membro da equipe técnica do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES/UFJF. E-mail: biafarah@nates.ufjf.br

**médica, especialista em saúde pública, mestre em ciências médicas, membro da equipe técnica do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde NATES/UFJF. E-mail: neuza@nates.ufjf.br

Endereço:

NATES/UFJF Campus Universitário – Bairro Martelos CEP:36016-970

Fones 32293830 e 32293835,

INTRODUÇÃO

Os novos tempos no mundo do trabalho exigem profissionais criativos, dinâmicos, flexíveis, atualizados tecnicamente e aptos a enfrentarem os desafios colocados no seu cotidiano. Para suprir essa demanda do mercado de trabalho é necessária uma forma de ensinar que articule a experiência pessoal, conhecimentos adquiridos no dia a dia, com informações atualizadas, sendo esses os elementos que contribuirão na construção do conhecimento e no aprendizado voltado para a solução de problemas. Além disso, o processo ensino-aprendizagem deve desenvolver no sujeito a capacidade de aprender a aprender.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS tem, entre suas atribuições, o ordenamento da formação de profissionais de saúde (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde – MS vem apoiando as mudanças curriculares dos cursos da área de saúde, principalmente dos cursos de medicina, buscando, dessa maneira, contribuir para a formação de profissionais com o perfil adequado, estimulando-os a atuarem de acordo com os princípios do SUS, respondendo, assim, às necessidades de saúde da população brasileira.

A área da saúde, que tem na lei brasileira uma das políticas sociais mais avançadas do mundo, requer, para ser efetiva, de um novo profissional. O artigo 3 da LDB (Lei de Diretrizes e Bases), Ministério da Educação (BRASIL, 1996, p.1), em seus princípios enfoca:

II – Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; IX- garantia de padrão de qualidade; X – valorização da experiência extra escolar; XI- vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.

As diretrizes curriculares se colocam como grande desafio a ser enfrentado, com atuação em vários eixos, diante das condições da universidade pública brasileira. Com orçamento diminuído, insuficiente número de docentes, além da hegemonia de um modelo de ensino que não responde às necessidades da sociedade brasileira. Este modelo, ainda, privilegia a especialização e o enfoque biologicista em detrimento da formação do generalista e o da concepção de saúde como produção social, que é o adotado na legislação do SUS (Sistema Único de Saúde).

A Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e, em particular, a Faculdade de Medicina, vem implementando a reforma curricular norteadas pelas diretrizes curriculares do Ministério da Educação - MEC desde 2001 (BRASIL, 2001). Essa

reforma foi estruturada pelos membros da Comissão de Reforma Curricular a partir de um amplo debate com os docentes e discentes envolvidos no processo de ensino/aprendizagem.

As principais concepções que norteiam o novo currículo são: a opção por um currículo nuclear (com disciplinas obrigatórias e opcionais, permitindo estas últimas a escolha do aluno para a complementação do próprio currículo) e com integração entre as disciplinas; a redefinição de conteúdos e de cargas horárias; a inserção do aluno nas atividades da comunidade desde o primeiro período; a implementação do projeto de tutoria e a flexibilização curricular.

Para o acompanhamento da implementação da reforma curricular, bem como o desenvolvimento das ações pedagógicas necessárias ao processo de ensino-aprendizagem, foi aprovada a criação do Núcleo de Apoio Pedagógico - NAP em 10 de julho de 2002, pelo Conselho Setorial de Graduação da UFJF.

Um grupo formado pela direção da Faculdade de Medicina, junto com a Comissão da Reforma Curricular e o NAP são os responsáveis pela implantação da reforma. O NAP, estruturado a partir deste processo de reforma, tem entre suas atribuições a formulação da política pedagógica, o acompanhamento da reforma curricular, o fortalecimento da integração entre as estruturas do curso de medicina e a educação permanente dos docentes. Além disso, compõe a Rede de Apoio ao Ensino Médico (RAEM, 2004).

A RAEM é uma iniciativa da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, que tem como objetivo facilitar os contatos entre instituições, pesquisadores, professores e alunos nos assuntos de educação médica e fomentar a produção científica sobre educação médica e áreas correlatas. Dentro destas iniciativas estarão permanentemente atualizados, as produções científicas e pesquisas na área; bem como o cadastro de pesquisadores e grupos de pesquisa para consulta, contatos e assessorias. (RAEM, 2004)

O PROMED, em 2003, tornou-se realidade para o curso de medicina, sendo este um catalisador da reforma curricular.

O PROMED - Projeto de incentivo às mudanças curriculares no curso de medicina, é um programa do MS que propõe fortalecer o papel do MS na orientação das políticas de formação dos profissionais de saúde, por meio de incentivo técnico-financeiro às escolas médicas para a implementação de mudanças curriculares na formação de profissionais com o perfil necessário ao SUS.

Nesse sentido, o fortalecimento do processo de construção de um sistema de saúde mais justo e equânime só poderá acontecer quando os profissionais de saúde saírem de suas instituições formadoras interessados e preparados para atuarem na atenção básica com a mesma disposição com que saem hoje para atuarem num centro de alta tecnologia e especialização. (GIL et al, 2002, p. 124).

Os eixos do PROMED são:

- 1. Orientação teórica: diz respeito à produção de conhecimentos relevantes aos serviços de saúde, à oferta de pós-graduação e de educação permanente.*
- 2. Abordagem pedagógica: esse eixo se ocupa basicamente com a estrutura curricular em si, com o processo didático-pedagógico empregado nas atividades curriculares e orientação programática (desafio de se inverter a seqüência clássica teoria/prática no ensino, promovendo a prática como determinante da teoria na construção do conhecimento, através da ação-reflexão-ação).*
- 3. Cenários de prática: ocupa-se dos locais de prática da aprendizagem e da abertura dos serviços da instituição ao sistema de saúde local (CAMPOS; AGUIAR, 2002, p. 96, 97, 98).*

O projeto da UFJF, no eixo 1, tem como objetivos:

™ O fortalecimento das relações interinstitucionais com os municípios da região, visando parcerias para a produção de conhecimentos voltados para as necessidades do SUS. Neste sentido, pretende-se ampliar a produção de estudos e manutenção de banco de dados, orientados para as necessidades locais e regionais, em âmbito multiprofissional e interdisciplinar, através de parcerias de professores, técnicos e estudantes da UFJF com profissionais do SUS... (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2002, p.3).

™ A consolidação da UFJF como universidade regional comprometida com a formação e educação permanente de recursos humanos e conhecimentos necessários ao desenvolvimento regional e a melhoria da qualidade de vida dessa população. Para tanto deverá expandir ainda mais a oferta de cursos de pós-graduação “strictu” e “lato sensu”, de cursos de aperfeiçoamento e cursos de curta duração em temas prioritários para os gestores e profissionais da rede pública de assistência. Deverá, ainda, potencializar sua atuação implantando programa de educação à distância. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2002, p.3)

No eixo 2 pretende-se:

™ Implementar, através do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), onde estará alocada a equipe gestora do PROMED, dentre outras propostas, ter como eixo central do ensino médico incorporando a noção de integralidade do processo saúde-doença, levando-se em consideração as dimensões sociais, econômicas e culturais; maior adequação dos conteúdos visando aquisição de competências e habilidades para o atendimento dos problemas mais prevalentes na comunidade, com enfoque de promoção, prevenção,

diagnóstico e terapêutica, além de recuperação e reabilitação; aumentar a integração entre as diferentes disciplinas, partindo do horizontal para o vertical e transversal; oferecer disciplinas optativas de cunho humanístico, cidadania, responsabilidade social, ética, epidemiologia, clínica médica, cirurgia, saúde da mulher, saúde da criança, antropologia etc; oferecer capacitação pedagógica aos professores e criar fóruns de discussão e acompanhamento das novas práticas adotadas, envolvendo professores, alunos e profissionais do serviço... (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2002, p.12)

No eixo 3, as propostas apresentadas são:

™ Ampliação de cenários práticos de ensino através de maior articulação com o Sistema Único de Saúde, sobretudo na atenção primária... e outros, além de melhoria dos laboratórios de simulação, laboratórios de informática, internet, biblioteca e videoteca. A implementação do Centro de Atenção à Saúde – CAS/UFJF permitirá ao aluno o exercício de atividades interdisciplinares em concordância com as necessidades do SUS; otimizar o processo ensino-aprendizagem em urgência e emergência, desenvolvendo cenários inicialmente em laboratórios de simulação, posteriormente estendidos para os cenários práticos reais do Sistema Único de Saúde; ampliar as atividades de pesquisa e extensão, utilizando novos cenários e fortalecendo os atuais, objetivando desenvolver no aluno responsabilidade social e cidadania, ao buscar soluções para as principais necessidades da comunidade, articulando com os conselhos locais/ Equipes do PSF/ Usuário do SUS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2002, p.13).

O NAP, ciente da responsabilidade e da necessidade do envolvimento de todos os docentes nesse processo de mudança para se implantar e implementar as orientações das diretrizes curriculares, iniciou a organização de um processo de educação permanente partindo das necessidades dos docentes. Dessa forma, nos convidou para desenvolver uma atividade de educação permanente voltada para a preparação dos docentes em uma pedagogia que responda melhor às necessidades do novo currículo, como explicitado no PROMED:

estimular o uso de novas metodologias pedagógicas, com menor número de alunos que incentivem o trabalho em equipe e envolvam cooperação e troca de idéias e experiências na construção do próprio conhecimento e a tomada de decisões com senso crítico e reflexivo, sobretudo em cenários de prática profissional do Sistema Único de Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2002, p.9).

A nossa inserção nesse processo de mudança curricular se deu pelas experiências que possuímos na utilização da pedagogia da problematização em práticas de ensino e oficinas de trabalho. Organizamos e facilitamos diversas oficinas de sensibilização utilizando a concepção da pedagogia da problematização, dirigidas à grupos de

profissionais da área da saúde - especialização, formação de multiplicadores, etc.-, como parte das atividades do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES/UFJF. Esta experiência, adquirida nos processos de formação e capacitação como parte da educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, tem sido exitosa, estimulando-nos a dar continuidade ao uso de metodologias de processo ensino-aprendizagem orientadas pela concepção crítica-reflexiva.

A concepção da pedagogia da problematização vem sendo utilizada por alguns cursos no país, principalmente os de graduação e de especialização na área de saúde, buscando a preparação de profissionais com o perfil demandado pelo mercado de trabalho e necessidades de saúde da população brasileira. O profissional de saúde, hoje, precisa de, além de ter os conhecimentos técnicos específicos de sua área, ter competência para identificar os principais problemas de saúde da população, saber planejar e comunicar-se de forma a ser compreendido pelos usuários, equipe de saúde e outros atores envolvidos no trabalho em saúde; é necessário, também, saber ouvir, saber construir coletivamente solução para os problemas identificados ou demandados, trabalhar em equipe, trabalhar com o conceito de integralidade, com ações dirigidas ao indivíduo e às coletividades.

Entendendo que os objetivos da reforma curricular estão de acordo com os da educação permanente dos profissionais de saúde com os quais temos trabalhado e, ainda, que o PROMED define a necessidade da utilização de pedagogias ativas no processo ensino-aprendizagem, propusemos a sensibilização dos docentes na concepção da problematização. Entendemos que, a partir da reflexão sobre sua prática docente atual articulando-a às necessidades de formação deste novo profissional e orientado pelas diretrizes curriculares, seria possível construir alternativas pedagógicas respondendo à demanda dos docentes.

A pedagogia da problematização é utilizada no estudo, no ensino e no trabalho e tem como princípio a aprendizagem baseada em problemas da realidade e na construção coletiva do conhecimento, tendo o aluno um papel ativo em todo o ciclo do processo ensino-aprendizagem. Nesse processo, o professor é um facilitador mudando o papel de centralidade que tem para o de mediador das relações que se estabelecem entre o sujeito e objeto. Entre nós, brasileiros, o grande teórico deste método pedagógico foi Paulo Freire. Em *Pedagogia do Oprimido* (FREIRE, 1987), o autor trabalha uma reflexão crítica da *educação bancária*, aquela tradicional, em que se privilegia o conteúdo, a teoria descolada da realidade do educando. Na obra *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE,

1996), o mesmo autor destaca as qualidades do educador, na perspectiva do processo de ensino-aprendizagem como uma produção artesanal de construção do conhecimento

A educação permanente de docentes tem sido uma das estratégias adotadas por universidades nas reformas curriculares. Visa a identificar e a suprir as dificuldades e necessidades dos docentes em relação à prática de ensino. A educação permanente pretendida quer envolver nesse processo educacional o maior número de docentes. Entende-se que o envolvimento destes em seu processo de educação permanente é fundamental para que se alcancem os objetivos e mantenha-se a continuidade desse processo (VENTURELLI; FIORINI, 2001). Portanto, existe a necessidade de que essas estratégias sejam viáveis. A discussão com os envolvidos, buscando a melhor maneira para viabilizar e envolver os docentes na sua educação permanente, foi a forma utilizada na preparação da oficina.

A concepção de educação permanente adotada nesse trabalho é a que está expressa no documento do MS, Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde (BRASIL, 2003, p.3):

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais...

Evidentemente que essa formulação se dirige aos profissionais de saúde. Entretanto, para nós, é possível fazer uma aproximação dessa concepção de educação permanente em saúde para aquela voltada aos docentes da área da saúde. Isso porque, além de ser compatível, permite ao aluno, ainda na formação profissional, vivenciar o processo ensino-aprendizagem, o que certamente contribuirá, futuramente, na ação de educador do profissional de saúde. Além disso, trabalhou-se na oficina todo o processo ensino-aprendizagem a partir da reflexão dos docentes sobre sua prática.

Na concepção de Hadadd (1990), a educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para a futura sociedade. Podemos afirmar que essa concepção tem norteado nosso trabalho, traduzida em avaliações de outros cursos por nós ministrados.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA DA OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO NA PEDAGOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

A Oficina

Iniciamos as oficinas em junho de 2003, convidando os professores do primeiro ao quinto períodos do curso de medicina, considerando que os mesmos já estavam trabalhando com o novo currículo desde 2001 e que estavam motivados a reverem sua prática de ensino. Essa motivação foi traduzida em demanda formal à direção do curso de medicina nas reuniões que ocorreram durante a implementação da reforma curricular.

A oficina foi organizada considerando a disponibilidade de dia e horário do grupo de docentes envolvidos.

Cabe ressaltar que essa oficina foi organizada tendo como referencial teórico, além das referências já citadas, os seguintes autores: Brasil, 1994; Campos E Aguiar, 2002; Feuerwerker, 2000; Freire, 1987 e 1996; Motta, sd; Santana, 1999.

Os objetivos da oficina foram conhecer a visão dos docentes sobre o perfil do médico que a UFJF quer formar; contextualizar a necessidade de transformação da prática pedagógica no curso de medicina com vistas a alcançar o perfil do médico orientado pelas diretrizes curriculares; discutir o processo de ensino-aprendizagem a partir da prática pedagógica do grupo, introduzindo a reflexão sobre as concepções das pedagogias da problematização, transmissão e condicionamento. Em seguida foram planejadas ações educativas a fim de introduzir a discussão da avaliação relacionando-a com as três pedagogias trabalhadas.

Foram realizadas duas oficinas com a participação de 23 docentes e médicos (as) de família do SUS/JF, que atuam como preceptores ou professores (as) convidados (as). O tempo em cada uma das oficinas foi de três encontros de nove horas. As reflexões obedeceram a uma seqüência lógica de forma a integrar os conteúdos permitindo que, ao final de cada encontro, o grupo concluísse uma etapa do processo de ensino-aprendizagem necessária à construção das ações educativas planejadas.

Para evitar a dispersão dos docentes no horário do almoço e, ainda, propiciar a convivência entre os participantes nos intervalos de trabalho, a oficina aconteceu num local aprazível, fora da universidade.

A programação buscou dar conta dos objetivos e foi organizada de forma que o processo de ensino/aprendizagem se desse por meio da vivência de metodologias ativas coerentes com a concepção da pedagogia da problematização.

Utilizaram-se, como recursos pedagógicos, atividades em grupo, leitura de textos, dinâmicas de grupo que facilitaram as diferentes possibilidades de comunicação, com reflexão sobre o construído e sua relação com a realidade e sua aplicabilidade.

Percorreu-se todo o processo para a formulação de uma ação educativa: ter clareza de que competência e habilidades se espera dos educandos; ter compreensão do que é ensinar e aprender; de conhecer sobre o como se aprende; da necessidade de integração de conteúdos formulando o currículo integrado e, ainda, dos processos avaliativos. Estes passos foram sendo construídos a partir da reflexão sobre a prática real de ensino dos docentes. Percebeu-se a criatividade dos participantes aliada a uma visão crítica da realidade do ensino universitário hoje. Várias propostas foram elaboradas para a mudança curricular subsidiando a elaboração de duas cartas dirigidas à direção do curso de medicina, numa demonstração do compromisso dos participantes com a mudança na formação do médico, na UFJF. Os docentes terminaram a oficina com um planejamento construído, aplicável à sua realidade.

A discussão e análise das três concepções pedagógicas - transmissão, condicionamento e problematização - teve como ponto de partida a reflexão sobre a prática dos docentes e os planejamentos elaborados inicialmente por eles na oficina.

Destaca-se o que foi construído pelos participantes a partir do levantamento da percepção individual dos mesmos e discussões em grupo. Esta reflexão permitiu identificar os pontos-chaves, teorizar e formular hipóteses de soluções. Durante todo o processo de construção do planejamento da ação educativa, as etapas do processo ensino/aprendizagem foram vivenciadas utilizando o arco de reflexão/ação/reflexão.

Competências do médico: *“diagnosticar, tratar/ prognosticar; promover saúde; prevenir doenças; reabilitar; cuidar; atenções paralelas às doenças; conhecer a realidade, a sociedade e as questões sociais; conhecer as políticas de saúde e sociais do país e ter visão crítica; intervir na realidade transformando-a; saber relacionar-se (ouvir, conversar, entender, respeitar, se colocar no lugar do outro); ter conhecimento do perfil epidemiológico; saber português, inglês, informática; reconhecer a comunidade; ter responsabilidade; ser paciente; ser resolutivo; trabalhar em grupo; ser receptivo; ter humanismo; ser inconformado – brigar por melhores condições de trabalho; ter ética com o paciente, com o colega; ter humildade; saber aprender e continuar aprendendo”.*

O que é ser docente:

Grupo 1: *“Um sujeito que deveria ter: habilidade, sensibilidade, reconhecer as particularidades e respeitá-las, humildade de se envolver no processo ensino-aprendizagem, tendo consciência de que não sabe tudo, mas buscando os rumos para ampliar seus conhecimentos, gerando mudanças de atitude pessoais e no grupo, viabilizando a capacidade de ensinar a aprender.”*

Grupo 2: *“É o sujeito e o objeto de transformação capaz de induzir o pensamento, estimular mudanças, despertar interesse e ser exemplo. Deve ter a sensibilidade de perceber o perfil de cada aluno, estimulando em cada um o seu potencial de contribuição para si e para a sociedade”.*

A partir desta construção, em que o grupo já tinha clareza das competências que o médico deve ter iniciou-se a construção de uma ação educativa com temática compatível com as disciplinas dos docentes considerando sua prática pedagógica.

Com muita motivação, os participantes elaboraram seus planos. Esses serviram de referência para as demais discussões temáticas da oficina.

A partir da proposta elaborada, refletiu-se sobre que conceitos de ensinar e aprender orientavam o planejamento inicial do grupo. Questionou-se se havia coerência entre o conceito construído e o objetivo, metodologia, carga horária/conteúdo, avaliação e, ainda, se a proposta tinha o potencial para o alcance das competências e das habilidades previstas para a formação médica. Os conceitos iniciais construídos são apresentados a seguir.

O que é ensinar?

Grupo 1: *“Ter conhecimento, sensibilidade, competência, paciência e respeito ao próximo, pois nem todos aprendem igual (experiências, inteligência, oportunidades); saber buscar como aprender, não ter obrigação de saber tudo. Despertar o desejo de aprender. Ter crítica e desenvolver o senso crítico. Saber transmitir o conhecimento. Estar aberto a aprender. Saber adequar de acordo com o público. Articular teoria e prática. Gostar de ensinar. Saber usar recursos didáticos”.*

Grupo 2: *“É ter paciência, comprometimento, humildade, paixão/prazer/amor/tesão, infra-estrutura, tempo, jogo de cintura, estratégia/método, dedicação, organização, comunhão com o grupo, integração com a prática/serviço/pesquisa, visão interdisciplinar, otimismo/esperança. E ainda criar condições de interação, aceitar as diferenças, não julgar, evitar preconceitos”.*

O que é aprender:

Grupo 1: *“Implica em ter: objetivo, disponibilidade, vontade, receptividade, disciplina, questionamento, motivação, paciência, humildade; a consciência de que os conhecimentos não estão acabados, método, paciência, persistência, curiosidade,*

criatividade, liberdade, observação, inquietação, consciência da utilidade. É saber ouvir e ter necessidade, prazer, vontade de crescer e de mudar”.

Grupo 2: *“Conhecer; descobrir; vontade/querer; humildade; tempo; método; disponibilidade; persistência; curiosidade; percepção; interesse; maturidade biológica e psicológica; estrutura material e financeira; observação e atenção; preparo / fundamento”.*

Na discussão sobre o que foi produzido pelo grupo ressaltou-se a clara evidência que ensinar/aprender é um binômio em total articulação e que os docentes, quando têm espaço para refletir sobre sua prática, visualizam o que é ideal, mas que ainda está longe de sua realidade.

Na seqüência de atividades, após a reflexão e construção, passou-se à leitura de textos e ou sistematização com informações adicionais pelas facilitadoras, correspondendo à teorização, uma das etapas da proposta metodológica da problematização.

A discussão de como se aprende é muito importante, pois a maioria dos docentes, mesmo com pós-graduação, não tiveram contato com conteúdos da área de educação. Assim, os esquemas de assimilação, a questão cultural que influencia o processo ensino-aprendizagem, a estruturação do objeto com vistas ao currículo integrado, bem como o tipo de avaliação que se usa nesta pedagogia constituíram os conteúdos trabalhados nas oficinas. Com dinâmicas de grupo que facilitaram a expressão da representação social dos participantes por meio visual e gráfico construíram-se os conceitos acima referidos.

A reestruturação do planejamento da ação educativa ocorreu durante toda a oficina, com idas e vindas concomitantemente às reflexões, construções e teorizações.

Para finalizar, apresentamos as avaliações e as cartas encaminhadas à direção do curso e coordenação do PROMED, composta pelo diretor da faculdade de medicina, coordenadora do NAP e coordenadora do NATES, com propostas de enfrentamentos dos desafios que se colocam para a efetivação da reforma curricular no curso de medicina da UFJF.

Avaliando a oficina

Consideramos que a oficina cumpriu os objetivos estabelecidos.

Dos 23 participantes, 21 tiveram frequência integral nos três dias e os dois que não cumpriram a frequência integral apresentaram justificativas importantes. Os participantes mostraram-se interessados e motivados durante todo o desenvolvimento

das oficinas. Participaram ativamente das discussões propostas, apontaram questões a serem consideradas pertinentes à reforma curricular do curso de medicina da UFJF e produziram uma carta de necessidades e recomendações endereçada à coordenação do PROMED .

Segundo a avaliação final dos participantes, a oficina foi produtiva e deve ser estendida para os demais docentes do curso de medicina.

Os docentes demonstraram interesse na continuidade da educação permanente do grupo, dando prosseguimento às oficinas.

Um dos participantes manifestou no momento da avaliação:

“Sinto dificuldade de entender a terminologia da pedagogia, penso que os outros também. Apesar disto aprendi muito. Saio deste curso com o desejo de mudar, acredito que para melhor. Saio deste curso com a mentalidade aberta para criar novas alternativas pedagógicas mesmo dentro da realidade perversa em que estamos. Da minha parte farei o que for possível”.

Os participantes da oficina levantaram alguns pontos que consideram dificuldades a serem superadas para que a reforma curricular seja efetiva. Um dos pontos foi relacionado à área física e recursos humanos em número e qualificação para colocar a reforma em prática. Reconheceram que nem todo o corpo docente conhece a proposta pedagógica formulada no PROMED, da UFJF. O número de alunos (80) é excessivo por turma, dificultando o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. A cultura, em relação ao ensino/aprendizagem, tanto dos alunos quanto de docentes, está cristalizada na concepção pedagógica da transmissão. A avaliação do aluno hoje só é realizada no final do período, o que não permite a correção das dificuldades de aprendizagem.

Estratégias sugeridas para enfrentar os problemas levantados:

Considerando o aluno como sujeito do processo ensino/aprendizagem e seu papel na transformação da formação profissional, os docentes sugerem informá-lo e sensibilizá-lo no início do curso (1º período) sobre: a filosofia do curso; a reforma curricular em curso; o perfil e competências do médico ao final do curso; as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas; os critérios de avaliação. Isso poderia ser realizado na disciplina Introdução à Vida Universitária.

Considerando o docente como sujeito do processo ensino/aprendizagem e da transformação da formação profissional, os participantes da oficina sugerem: a participação ativa nas oficinas de Educação Permanente de todos os docentes do curso de medicina; a programação de novos encontros (com menor carga horária) com os docentes que já passaram pela primeira oficina com objetivo de consolidar este novo fazer pedagógico e avaliar avanços e dificuldades. Para oportunizar a utilização efetiva

da Pedagogia da Problematização, sugerem a imediata viabilização de monitores e o aumento do quadro docente, considerando que a mudança curricular pode não ter resultado somente com a motivação e capacitação de alguns docentes. Apontaram, ainda, a necessidade de aquisição de livros e outros recursos didáticos, como também a concretização da função do coordenador de período, como articulador das diversas disciplinas, cumprindo o papel de coordenador da reforma curricular. Destacaram, também, a necessidade de uma comunicação e divulgação mais efetiva junto aos docentes para a participação nos eventos de educação permanente, sugerindo que estes acontecessem com a reunião de professores por período e no seu horário regular de trabalho, visando a presença de todos. Lembraram, ainda, da importância de serem convidados também os professores substitutos para participarem das oficinas. E mais: indicaram a necessidade de melhorar a divulgação das atividades voltadas à capacitação de docentes e profissionais dos serviços, considerando que há problemas de fluxo de informação dentro do Instituto de Ciências Biológicas - ICB e da Faculdade de Medicina; sugeriram a continuidade das oficinas integrando profissionais do SUS, que trabalham na formação do médico da UFJF, às atividades de educação permanente; apontaram para a criação de estrutura de apoio psicopedagógico ao aluno com vistas à solução e prevenção de problemas identificados no transcurso do processo de ensino-aprendizagem; destacaram a necessidade de maior conhecimento de como funciona o SUS, devendo para isso ser pensada uma atividade teórico-prática, voltada para os docentes, justificada pela importância de se relacionar e articular o ensino com o serviço previsto na reforma curricular; indicaram os métodos e modalidades avaliativas, assim como os instrumentos que devem ser integrados por disciplinas do período, já formulados na reforma do ensino, durante todo o processo de ensino-aprendizagem - avaliação formativa. Sugeriram como estratégias de avaliação: a identificação dos alunos com crachá para facilitar a observação de sua participação nas aulas; recolher ao final da aula os trabalhos produzidos pelos alunos com a assinatura de cada um; ter diário de campo do professor em que ele poderá registrar a participação dos alunos nas atividades de aprendizagem, avaliar o trabalho dos docentes e do processo pedagógico com os alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das oficinas permitiu reafirmar que a mudança curricular implica em prover condições de estrutura física e material; de recursos humanos bem

capacitados com uma visão ampla do trabalho médico em consonância com a concepção de saúde como qualidade de vida e ainda a exigência da prática social e de trabalho, na graduação, oportunizada pela integração ensino/serviço.

Verificou-se, também, que o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde ao ensino da medicina representa um adicional ao orçamento da Faculdade de Medicina da UFJF, que cria a oportunidade de capacitação dos docentes e de profissionais de saúde do SUS que trabalham na integração ensino-serviço. Permite, ainda, a realização de pesquisas voltadas às necessidades do SUS e também à aquisição de materiais didáticos e outros equipamentos fundamentais a uma prática pedagógica transformadora, que facilitam a aproximação das realidades de ensino tanto do aluno como do profissional de saúde.

Como vimos neste relato, os docentes e os trabalhadores do SUS, quando têm a oportunidade de refletirem sobre sua prática, identificam nós que são críticos e apresentam propostas de solução. Resta às coordenações dos cursos de medicina propiciar a educação permanente dos docentes e profissionais do SUS, dando continuidade ao trabalho de capacitação iniciado com a sensibilização, e que manifestam estarem preparados e motivados para esta mudança.

Cabe à sociedade, trabalhadores e usuários do sistema educacional, a mobilização e a exigência de maiores investimentos na educação pública, a fim de suprirem as demais necessidades, de área física e material, que implicam em outros investimentos. Cabe, ainda, aos administradores o planejamento, com priorização das necessidades, para que a formação do médico se dê cumprindo as determinações das diretrizes curriculares. Que o artigo transcrito abaixo seja uma realidade.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p.1).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 200. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área de saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1994. 58 p.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, 2001.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1996.

BRASIL. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

CAMPOS, F.E. ; AGUIAR, R.A.T. Atenção básica e reforma curricular. In: NEGRI, B. et al. (Org.) **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: UNICAMP, NEPP, 2002. p. 91-99.

FEUERWERKER, L.C.M.A. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.18-24, dez. 2000a.

FEUERWERKER, L. C. M.A. et al. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem – as lições aprendidas pela Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p. 49-62, dez. 2000b.

FREIRE, P. Concepção “bancária” da educação como instrumento de opressão. In: _____. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987. cap. 2, p. 57- 75.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**, 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 165 p.

GIL, C.R.R. et al. **Pólos de capacitação em saúde da família**: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para a atenção básica. In: NEGRI, B. et al. (Org.) **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: UNICAMP, NEPP, 2002. p.103-125.

HADADD, J. et al. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias em America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n.2, p.136-204, abr./jun. 1990.

MARTINS, J. T.; HADDAD, M. C. L. Um novo olhar sobre a educação. **Olho Mágico**, Londrina, v.8, n. 2, p. 15-17, mai./ago. 2001.

MOTTA, J. I. J. et al. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; UFRJ/NUTES. Mimeografado.

RAEM. Rede De Apoio à Educação Médica. Iniciativa da Associação Brasileira de Educação Médica. Desenvolvido por Marcus Victor C. B. de Freitas Correia e

atualizado por: Roberto Gomes da Silva. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/raem/>>. Acesso em: 19 abr. 2004.

SANTANA, J. P. et al. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade:** bibliografia básica do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Juiz de Fora: CADRHU, 1999. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, FACULDADE DE MEDICINA, PROMED. **Projeto de incentivo às mudanças curriculares no curso de medicina.** 2002. Mimeografado.

VENTURELLI, J.; FIORINI, V. M. L. Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 7-21, set./dez. 2001.

Submissão: março de 2004

Aprovação: maio de 2004

RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Interpersonal Relationships on Health Family Program Team

*Claudia Lins Cardoso**

RESUMO

Este artigo propõe uma reflexão sobre a rede de relações que se desenvolve em cada equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Aponta para a importância das relações interpessoais e para os fatores que influenciam a interação, não apenas entre os profissionais, mas também entre a equipe e a comunidade, especialmente a capacidade de lidar com diferenças teóricas e pessoais e a importância da comunicação. Apresenta algumas questões para que cada profissional possa avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais na sua equipe. Por último, expõe algumas ponderações sobre a importância do agente comunitário de saúde no trabalho desenvolvido no PSF, sugerindo considerações sobre a sua inserção na equipe de saúde.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família, Psicologia da Saúde; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

This article aims a reflection about the relationships net that is developed in each Family Health Program team. It shows the importance of interpersonal relations and of the factors that affects the interaction between the team and the community, specially the ability to deal with the personal and theoretical differences and the concernment of communication. It is also presented some questions through which each health professional could valuate the quality of team's interpersonal relationship. At last, offer some questions about the importance of the health agent in Family Health Program's work, suggesting reflections about its inclusion on health team.

Key-words: Family Health Program; Health Psychology; Interdisciplinarity.

Introdução

Este trabalho é fruto da reflexão sobre a experiência adquirida enquanto coordenadora do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família*, realizado desde agosto de 1998 numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vespasiano (MG) e o Departamento de Psicologia da FAFICH/UFMG (CARDOSO, 2002).

Apesar do nosso principal foco de atuação serem os pacientes portadores de diabetes e hipertensão arterial (público-alvo do projeto), percebemos determinadas situações entre os membros da equipe que nos levaram a ponderar sobre a relevância dos relacionamentos entre os profissionais, entre estes e a comunidade e no próprio desenrolar do trabalho interdisciplinar.

As Relações Interpessoais

A equipe interdisciplinar não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades das pessoas que a compõem. Portanto, ao falar de uma equipe interdisciplinar, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir. Em outras palavras, além da diferença entre o saber do médico, da enfermeira, do psicólogo, do dentista, do agente comunitário de saúde, do paciente, estou me referindo àquelas entre a Maria, o José, a Sandra, o Paulo e todos aqueles que, de algum modo, participam do PSF.

O Programa Saúde da Família possui uma proposta de atuação inovadora, na medida em que rejeita o conhecimento confinado nos consultórios e privilegia o “conhecimento que agrega”, mudando radicalmente o paradigma da atenção à saúde em favor do atendimento integral à população, da descentralização do saber e da proximidade das demandas concretas da população assistida.

A Interdisciplinaridade como um encontro de múltiplos saberes

Entre os profissionais da área da saúde, é inegável a apreensão do homem como um organismo unificado, onde mente e corpo, comportamento e emoção são entendidos como aspectos absolutamente interligados do ser humano. Diversos estudos científicos têm comprovado que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem de diferentes modos e proporções na gênese e na manifestação de qualquer enfermidade. É a constatação dessa diversidade que está na raiz do trabalho interdisciplinar, implicando necessariamente numa atividade em grupo, baseada numa integração entre as múltiplas áreas do saber.

De forma sucinta, a interdisciplinaridade pode ser entendida como a colaboração entre disciplinas diversas, representando uma ruptura com a concepção fragmentada do ser humano em detrimento de uma abordagem holística, ou seja, que contemple o homem como um ser multifacetado. (RAMOS-CERQUEIRA, 1994).

Rolnik (1993) sugere que o modelo de atuação na equipe interdisciplinar de saúde deve possuir um rigor não apenas técnico, mas também ético, estético e político:

(...) ou seja, um rigor que tenha como ética a atitude de escuta das diferenças que se fazem em nós e dos devires desta diferença e não um conjunto de regras tomadas como verdade. Estético porque é a criação de campos de saber que vai encarnando as possibilidades como numa obra de arte que nunca se repete. Político porque é a luta contra as forças que possam obstruir as nascentes do conhecimento. (DETONI, 1996, p. 24).

Moscovici (1985) sustenta que o trabalho interdisciplinar envolve dois tipos de competência: a **competência profissional**, ligada ao desempenho com base nos conhecimentos técnicos de cada membro da equipe, e a **competência interpessoal**, entendida como a habilidade de se relacionar com outras pessoas.

Esta definição traz implícita a necessidade de lidar com as diferenças, tanto no que se refere aos vários tipos de conhecimento científico, quanto àquelas de cunho pessoal, tais como o estilo de personalidade, a forma de interagir com os outros e com as mais variadas situações. Uma mesma experiência mobilizará cada membro da equipe de uma forma peculiar, em função

de sua história de vida e dos sentimentos despertados. É bom lembrar que esta última habilidade não tem nada a ver com competência profissional, mas com a perspectiva puramente interacional. Uma pessoa que tenha dificuldade em lidar com perspectivas diferentes na sua vida particular, certamente experimentará alguma tensão diante da diversidade de opiniões e estilos inerentes ao trabalho em grupo. Se há uma hierarquia de poder, a situação pode se complicar ainda mais.

A Importância da Comunicação

A equipe de saúde pode ser entendida como um campo de forças, em que umas contribuem para seu crescimento, enquanto outras para o retrocesso ou manutenção de seu status quo. (MOSCOVICI, 1985). Nesse sentido, a comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar. É através dela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, numa postura fragmentária diante da pessoa do paciente, e se tornará um grupo de trabalho, integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade característica do ser humano. É uma tarefa árdua, pois, mais uma vez, cada membro da equipe precisará estar disponível para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com o oposto daquilo em que acredita.

Exercitar a comunicação não significa a busca de um discurso único nem desconsiderar as especificidades de cada profissão. Antes, representa a valorização das perspectivas distintas como ingredientes para o enriquecimento do trabalho. Souza (1999) ilustra isso ao afirmar que:

Deve-se ter em vista que um mesmo problema (ou fenômeno) pode ser compreendido quando abordado por formas complementares de informações e conhecimentos: um objeto e múltiplas facetas – biológicas, culturais, nutricionais, políticas e outras. É na interseção destas faces que está situada a interdisciplinaridade, se contrapondo às formas fragmentadas/especializadas do conhecimento em saúde. (p. 14)

Com base nisso, deve-se privilegiar a colaboração entre os profissionais da Saúde, visando integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica, bem como o aperfeiçoamento das propostas para os problemas da comunidade por parte de todos os profissionais da equipe de saúde.

Um dos possíveis entraves na comunicação de qualquer grupo refere-se à postura dogmática de alguns profissionais, incluindo a crença de que determinada perspectiva é a única correta, tornando, então, desnecessária a troca de informações com os demais membros da equipe, especialmente de especialidades diferentes. Esse tipo de postura é extremamente nocivo, especialmente numa equipe de saúde, pois, no mínimo, empobrece a reflexão sobre o tema em questão. Também corre-se o risco de impedir o encontro de uma solução mais pertinente com a complexidade da situação, pois, por mais científico que um saber possa ser, nenhuma perspectiva, seja ela da ordem das ciências biológicas, humanas, política, antropológica ou social, é suficiente para abarcar a totalidade das problemáticas que envolvem o ser humano.

O valor da comunicação pode ser exemplificado com a experiência do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família em Vespasiano (MG)*. Coerente com a gestalt-terapia, referencial teórico que permeia todo o projeto, apesar de, em alguns momentos, ocorrer o esclarecimento a respeito de algum fato ou incompreensão, a postura do profissional da área de Psicologia junto aos pacientes atendidos é, na maioria das vezes, **não-diretiva**. Temos estimulado a comunicação entre as pessoas, primeiramente para que elas possam revelar a realidade conforme percebem a partir da sua própria ótica. A proposta passa, inclusive, por facilitar a fala dos pacientes, sem qualquer tipo de julgamento ou evitando constrangimentos em função daquilo que está sendo falado. Em função do material que emerge, é possível discernir o grau de compreensão (e também a falta de) acerca do tema em questão, levando a esclarecimentos pertinentes, levantamentos de demandas e de possíveis estratégias a serem seguidas futuramente. Isso tem possibilitado o acesso a informações e a fragmentos da realidade vivida (em várias instâncias) pelos pacientes que não se tornam acessíveis durante a consulta médica, por exemplo, e já está refletindo na sua relação com a equipe. Assim, a adoção de procedimentos terapêuticos ou preventivos fica mais coerente com a realidade experimentada pela população assistida pela equipe de saúde.

A partir desse trabalho com a comunidade no sentido de facilitar a comunicação, tem surgido uma demanda por parte de alguns profissionais para que o estagiário de Psicologia facilite a interação entre os membros da equipe em várias situações. Assim, já desenvolvemos dinâmicas de grupo com agentes de saúde, propusemos uma estratégia durante reunião de equipe que contemplasse dificuldades de relacionamento e fizemos intervenções visando trabalhar uma falha na comunicação entre membros da equipe.

Uma estratégia para facilitar a comunicação é a realização regular de reuniões de equipe, onde, além de se discutirem aspectos mais objetivos e quantitativos do trabalho (especialmente aqueles de cunho estatístico), haveria também espaço para que os membros expusessem suas experiências de natureza mais qualitativa, interacional ou subjetiva. Não se trata de uma proposta de um “grupo terapêutico”, mas de um espaço onde as pessoas que compõem a equipe de saúde possam trocar experiências, expectativas e somar esforços no sentido de melhorar a convivência e a oferta de serviços prestados à comunidade. Enfim, se comunicarem a respeito daquilo que for pertinente para o grupo de trabalho.

Com base no exposto e na concepção de relacionamento interpessoal proposta por Moscovici (1985), sugerimos alguns questionamentos visando auxiliar na reflexão sobre a dinâmica de funcionamento da equipe de trabalho do PSF:

Sobre os Objetivos:

- ◆ Todos os membros da equipe sabem quais os principais objetivos do Programa Saúde da Família?
- ◆ Em que proporção cada membro da equipe tem consciência dos seus objetivos profissionais e de como alcançá-los nas suas atividades diárias?
- ◆ Até que ponto os profissionais sabem como a sua função na equipe contribui para os objetivos do PSF?

Sobre a Comunicação

- ◆ Como se caracteriza a comunicação em cada equipe particular do PSF?
- ◆ As reuniões possuem uma pauta mais quantitativa (estatisticamente falando) ou mais qualitativa (em termos daquilo que foi vivenciado pelos vários profissionais numa dada situação ou por aquilo que mobiliza mais a equipe)?

- ◆ Há liberdade na equipe para que cada um manifeste seus pontos de vista?

Sobre o Processo Decisório

- ◆ Com que frequência as decisões são unilaterais?
- ◆ Com que frequência a comunidade é consultada numa tomada de decisão?
- ◆ Até que ponto, ao se adotar uma metodologia de ação, seja preventiva, terapêutica ou pedagógica, a equipe leva em consideração as características da população (ou a conduta profissional seria a mesma se se tratasse, por exemplo, de pacientes atendidos em instituição particular)?

Sobre o Relacionamento

- ◆ As relações entre os membros da equipe do PSF são harmoniosas e propícias à cooperação?
- ◆ Como a equipe lida com as situações de conflito?
- ◆ Os diferentes profissionais possuem uma relação de complementaridade ou há alguma categoria considerada “secundária” ou “de menor importância”?
- ◆ Até que ponto cada um conhece os objetivos do trabalho dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde?

Os Agentes Comunitários de Saúde

Nesse ponto, faz-se pertinente ressaltar a importância do agente comunitário de saúde na equipe. Sua função vai muito além de checar a situação das famílias das micro-áreas que estão sob sua responsabilidade, da marcação dos diversos grupos de controle e da distribuição dos comunicados para os pacientes sobre os seus compromissos no Centro de Saúde.

Na medida em que o PSF possuiu uma filosofia de trabalho integrada com a comunidade, com uma proposta inovadora sobre as relações estabelecidas na assistência à saúde, o agente desempenha um papel imprescindível devido ao seu duplo vínculo: ele faz parte da equipe, recebendo o treinamento técnico o qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, e, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste. Essa condição o coloca na posição daquele que, em tese, é o elo de ligação entre a equipe de saúde e a população atendida, estreitando o contato, funcionando como agente multiplicador, integrando o discurso científico

com o saber popular, dentre outras funções. Na prática, nem sempre é isso que ocorre. Um ACS despreparado quanto ao desempenho de sua função acarreta diversos problemas no cotidiano da equipe.

Para que ele esteja apto a desempenhar sua função de forma competente, acreditamos ser necessário que, além do treinamento tradicional – no sentido da competência profissional -, ele passe por uma capacitação junto a profissionais da Psicologia, visando ampliar a interseção entre suas habilidades pessoais e o perfil desejado a um agente comunitário de saúde, ou seja, no âmbito da competência interpessoal. Um treinamento especializado neste sentido certamente repercutiria nas condições de seu trabalho, trazendo benefícios a todos.

É possível iniciarmos uma reflexão sobre o ACS e sua integração na equipe com as seguintes questões:

- ◆ Em que medida os agentes comunitários de saúde têm consciência de sua função na equipe e no contato com a comunidade?
- ◆ O perfil (ou seja, as características da personalidade) dos ACS é compatível com o desempenho das funções?
- ◆ Há uma distribuição objetiva das tarefas que eles desempenham?
- ◆ Enquanto profissional que vai estreitar o elo de ligação entre a equipe e a comunidade, até que ponto há uma comunicação efetiva entre ele e os demais profissionais da equipe de saúde?
- ◆ Qual o nível de comunicação entre ele e os pacientes?
- ◆ Há espaço para eles se expressarem na equipe de saúde ?
- ◆ Há o reconhecimento da sua fala como um outro saber legítimo por parte dos demais profissionais?

Conclusão

Finalizando, o presente artigo não propõe uma receita absoluta para a construção harmoniosa de uma convivência interdisciplinar. Antes, sugere reflexões sobre a experiência apontando fatores que influenciam a interação tanto entre os profissionais, quanto entre a equipe e a comunidade. Mais especificamente, refere-se à capacidade de lidar com as diferenças,

respeito à singularidade de cada pessoa, cooperação, comunicação, habilidade para trabalhar em grupo, humildade diante dos limites do próprio conhecimento, complementaridade e escuta.

Além desses fatores interpessoais, certamente há aqueles de cunho objetivo, também imprescindíveis: a competência teórica e técnica de cada profissional, a divisão e organização clara do trabalho, o planejamento e a programação de todas as atividades, dentre outros.

Cabe a cada profissional um olhar atento sobre a convivência interdisciplinar, o balanço sobre quais fatores impedem o caminhar da equipe, quais os potenciais para crescimento que permitem a oferta de um serviço de melhor qualidade à população e a reflexão sobre a sua parcela de contribuição em todo esse processo.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO, C. L. Inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n.1, p. 2-9, 2002.
- DETONI, M. C. A construção da interdisciplinaridade. **Insight Psicoterapia**, São Paulo, v. 4, n. 66, p. 23-26, out. 1996.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: leitura e exercícios de treinamento em grupo. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1985.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 3, p. 37-41, 1994.
- ROLNIK, S. Pensamento, corpo e dever: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v. 12, n. 2, set./fev. 1993.
- SOUZA, A . S. A intedisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.1, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999.

CLAUDIA LINS CARDOSO

Professora Assistente do Departamento de Psicologia – FAFICH - UFMG

Doutoranda em Psicologia Clínica –PUC-Rio

Mestre em Psicologia Social

Gestalt-terapeuta

Coordenadora do projeto de extensão *Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família*

Endereço: Rua Alagoas, 1314/516

Belo Horizonte – MG

CEP: 20130-160

Tel: (31) 3282-4405 – 3499-5022

FAX: (31) 3499-5027

e-mail: clins.bh@terra.com.br

Submissão em setembro de 2003

Aprovação em janeiro de 2004

TRIBUNA – A 12^a Conferência Nacional de Saúde

Neuza Marina Mauad e Rosangela Maria Greco, Editoras associadas da Revista de APS

Email: revaps@nates.ufjf.br

As Conferências de Saúde foram instituídas pela Lei 378, de 1937, e tinham, inicialmente, como objetivo reunir técnicos e administradores do Ministério e dos Estados para assessorar o ministro na definição da política nacional de saúde, devendo serem convocadas a cada dois anos. (BRASIL, 1937).

A 1^a Conferência foi realizada em 1941 e teve como características, devido ao momento político vivido (Estado Novo, ditadura de Vargas), a não discussão de problemas da assistência. Vivia-se um contexto de centralização e fragmentação da política de saúde, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e de Serviços Nacionais voltados para ações curativas e não preventivas de grandes endemias, o que marcou a cultura da organização dos serviços de saúde até recentemente.

Até 1990, as Conferências deveriam ser realizadas a cada dois anos, segundo a Lei 378, o que nem sempre aconteceu. Com a Lei 8142, a periodicidade das Conferências passou a ser de quatro anos, e ficou estabelecida a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1937; BRASIL, 1990).

O quadro 1 abaixo mostra as conferências e as respectivas pautas.

Quadro 1: As Conferências Nacionais de Saúde

Quadro 1: As Conferências Nacionais de Saúde

Data	Conferência	Conquistas/recomendações	Governo/Ministro da Saúde
Nov. 1950	Segunda	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho e prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes.	Eurico Gaspar Dutra Eduardo Rios Filho
Dez 1963	Terceira	1ª proposta efetiva de descentralização da saúde em um contexto da criação do Ministério da Saúde. Propõe uma reforma do sistema de saúde com as seguintes recomendações: integração das atividades preventivas e curativas, incremento da política farmacêutica, intensificação da produção de profiláticos e terapêuticos por órgãos públicos e apoio a programas de pesquisa que diagnostiquem os principais problemas de saúde.	João Goulart Wilson Fadul
Agosto 1967	Quarta	Teve como questão central a identificação do perfil profissional necessário à solução dos problemas de saúde do país, com ênfase na educação sanitária.	Castelo Branco Leonel Miranda
Agosto 1975	Quinta	Teve como temas: Sistema Nacional de Saúde, Programa materno infantil, Sistema de vigilância epidemiológica, Controle das grandes endemias e Extensão das ações de saúde às populações rurais.	Ernesto Geisel Paulo de Almeida Machado
Agosto 1977	Sexta	Tratou principalmente das grandes endemias e da interiorização dos serviços de saúde	Ernesto Geisel Paulo de Almeida Machado
Março 1980	Sétima	Tratou da regionalização e organização dos serviços de saúde nas Universidades Federais e da articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde	João Figueiredo Waldir Mendes Arcoverde
Março 1986	Oitava	Aconteceu em um contexto de participação da sociedade civil organizada e profissionais de saúde – “movimento sanitário” – e legitimou a proposta de uma reforma sanitária, traduzido na constituição do Sistema Único de Saúde - SUS	José Sarney Roberto Figueira Santos
Agosto 1992	Nona	Teve como foco a descentralização e municipalização com implantação dos Conselhos de Saúde e a definição de sua composição, e a definição da destinação orçamentária para a saúde de 10 a 15% do orçamento total dos municípios, estado e	Fernando Collor Adib Jatene

		União. Propõe, ainda, a democratização da informação e comunicação em saúde, como instrumentos para o controle social do SUS	
Setembro 1996	Décima	Teve como tema central: <i>SUS – construindo um modelo de atenção a saúde para a qualidade de vida</i> e como recomendação uma mobilização popular para a aprovação da PEC 169 (Projeto de Emenda a Constituição) que garantia a destinação de 30% dos recursos da Seguridade Social e no mínimo 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde.	Fernando Henrique Adib Jatene
Dezembro 2000	Décima primeira	Tema: <i>Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social</i>	Fernando Henrique José Serra
Novembro 2003	Décima segunda	Tema: <i>A saúde que temos, o SUS que queremos</i>	Luiz Inácio Lula da Silva Humberto Costa

A 12ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília no período de 07 a 11 de dezembro, tendo como tema “A saúde que temos, o SUS que queremos”, denominada Conferência Sérgio Arouca, em homenagem a esse grande sanitarista brasileiro. Teve a participação de 4 mil pessoas, sendo 3 mil delegados e 1 mil observadores.

Em um clima de participação e democracia, as discussões foram orientadas por 10 eixos temáticos: 1) Direito a saúde; 2) A seguridade social e a saúde; 3) A intersetorialidade das ações de saúde; 4) As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) Organização da atenção à saúde; 6) Controle social e gestão participativa; 7) O trabalho na saúde; 8) Ciência e tecnologia e a saúde; 9) O Financiamento da saúde; 10) Informação e comunicação na saúde.

Dos grupos de discussão, resultaram 900 emendas e mais de 4.000 destaques que deveriam ser votados em apenas dois dias. Essa importante participação popular, nunca vista em outra Conferência, gerou a necessidade de que, no decorrer do desenvolvimento dos trabalhos de votação das emendas, fossem pensadas estratégias alternativas de organização.

Apesar de não termos ainda o relatório final da Conferência, já é possível apontar algumas propostas de encaminhamento que foram aprovadas conforme o quadro 2 abaixo, de Carvalho e Cordovil, 2004 p.10.

Quadro 2- Propostas aprovadas na XII Conferência Nacional de Saúde

Eixos temáticos	Encaminhamentos e propostas aprovadas
Direito à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar reforma agrária que inclua a atenção integral a saúde. - Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito a saúde sexual e reprodutiva.
Seguridade social e a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Manter os atuais Ministérios da Saúde, Assistência Social e Previdência. - A intersetorialidade das ações de saúde. - Criar agenda intersetorial para a saúde. - Ampliar o programa do leite extensivo a área rural, indígena e quilombola. - Integrar as Unidades Básicas de Saúde às Escolas.
As três esferas de governo e a construção do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a operacionalização das normas do SUS. - Reafirmar a autonomia e o comando único de cada esfera de governo.

Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Criar oficinas sobre alimentação saudável. - Produzir a multimistura. - Criar equipes multiprofissionais de atenção por concurso público; - Redefinir relação Hospital Universitário (HU) e Gestor. - Proibir atendimento diferenciado para planos de saúde no SUS e nos HUs. - Estruturar o programa de atenção integral a saúde sexual e reprodutiva. - O Ministério da Saúde deve assumir a atenção à saúde indígena.
Controle social e gestão participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Gestores devem cumprir deliberações das Conferências e garantir a participação de delegados estaduais e municipais nas Conferências Nacionais. - Capacitação continuada de conselheiros. - Conselhos devem incluir diferentes etnias e minorias. - Vetar conselheiros parentes de gestores e pessoas ligadas ao Executivo. - Estimular a participação do Ministério Público. - Entidades de empresários são prestadores, não usuários. - Eleger Conselheiros em assembleias a cada dois anos. - Mandatos não devem coincidir com eleição de gestor. - Não pode a mesma pessoa representar a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos. - A presidência não deve ser obrigatoriamente do gestor. - Manter a Conferência Nacional de Saúde a cada quatro anos. - Realizar a I Conferência de Seguridade Social em 2005.
O trabalho na saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Jornada de 30 horas. - Regulamentar leis sobre agentes comunitários de saúde. - Rejeitar o ato médico. - Trabalho no SUS como carreira essencial de estado. - Piso para todas as categorias do SUS.
Ciência e tecnologia e a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Criar a agência nacional de prioridades de pesquisa em saúde e mecanismos de fomento à pesquisa. - Exigir a quebra de patentes de medicamentos e insumos segundo critérios epidemiológicos de urgência na saúde pública. - Criar mecanismos rigorosos de regulação do uso dos transgênicos
Financiamento da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir a Constituição sobre a destinação de recursos à saúde (regulamentação da Emenda Constitucional 29): que o orçamento seja constituído por 10% dos recursos das receitas correntes da União, 12% dos Estados e 15% dos Municípios. - Renegociar dívidas externas e internas. - Diminuir os recursos federais “carimbados” aos fundos de saúde; os recursos, inclusive investimentos e compra de medicamentos, devem ser repassados ao Fundo Municipal de Saúde. - PAB estadual como forma de repasse fundo a fundo. - Financiamento tripartite para o PSF e repasse para equipes segundo densidade populacional. - Nos municípios com 100% de cobertura pelo PSF, a população registrada no SIAB será base de cálculo do PAB. - Aumentar PAB para municípios com menos de 30 mil habitantes, nos de população flutuante, garantir repasses proporcionais aos

	<p>incrementos sazonais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contemplar a multidisciplinaridade nas equipes. - Ampliar o PAB para R\$ 20/ habitante. - Garantir remuneração do SUS compatível com o custo dos procedimentos. - Usar os recursos da saúde exclusivamente no setor.
<p>Informação e comunicação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - CNS e MS definirão estratégias para maior visibilidade do SUS. - Reforçar a democratização da informação e da comunicação. - Garantir nas três esferas, com prazos, compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS. - Viabilizar a rede de informação e comunicação em saúde. - Realizar em 2005 a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde. - Definir recursos para cartão nacional de saúde em todo país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.iphan.gov.br/legislac/nacionais/lei378-37.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. < <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2004

CARVALHO, M. ; CORDOVIL, C. 12^a Conferência Nacional de Saúde: hora de fazer. **RADIS**, Rio de Janeiro, n.18, p.8-10, fev. 2004.

NORONHA, A. B. 12^a Conferência Nacional de Saúde: seis décadas de história. **RADIS**, Rio de Janeiro, n.10, p.11-13, jun. 2003.

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Livro: Oficinas de dinâmicas de grupo na área da saúde, da editora Campo Social, Belo Horizonte. Contato : E-mail: campo.social@lycos.com
Essa publicação tem como organizadora a professora Lúcia Afonso, que desde 1998 coordena o Laboratório Grupo do Programa de pós-graduação em Psicologia da UFMG, e vem desenvolvendo pesquisa e intervenção sobre a temática das “Oficinas em dinâmicas de grupo”. O livro traz uma discussão teórico-prática, sendo um importante apoio para os profissionais da APS que têm como desafio a prática educativa com a participação efetiva da comunidade.

Revista do CONASEMS

A Revista do CONASEMS é uma publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (www.conasems.org.br). A Revista tem o objetivo de apresentar informações e análises referentes à saúde no Brasil e, especialmente, no SUS. A Revista é distribuída gratuitamente e busca alcançar os gestores da saúde no Brasil, prefeitos e secretários municipais de saúde, profissionais de saúde, pesquisadores e formadores de opinião.

Trabalho, Educação e Saúde, volume 1, número 2, setembro de 2003.

Nessa edição são apresentados vários temas da atualidade, destacamos: Teoria, determinação, complexidade: Desafios da reflexão sobre educação de Lilian do Vale. Reforma do estado: o privado contra o público de Roberto Leher. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade de Jussara Brito e Milton Atayde. Saúde, educação, cidadania: a experiência do Proformar de Grácia Maria de Miranda Gondim e Maurício Monken.

Journal of applied oral science, v.12, n.1, january/march 2004. É uma publicação da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP e tem como temáticas área clínica e saúde coletiva. Contato: Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla,9-75 CEP: 17012-901 Bauru- São Paulo. Fone: (14) 32358373 Fax: 32231575

Interface, comunicação saúde e educação v 8, n.14, set. 2003 – fev.2004.

Com uma temática atualizada, permite reflexões que certamente contribuirão em nossa prática na saúde. Contato: Interface - comunicação, saúde, educação - Distrito de Rubião Jr, s/nº - Campus da UNESP. Caixa postal: 529 Botucatu – SP CEP: 18.618-000. Fone: (14) 6802.6232 Fax: (14) 6821.3133. E-mail: intface@fmb.unesp.br Site: www.interface.org.br

Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

É uma publicação do Ministério da Saúde (MS), de 2004, que trata das diretrizes e princípios dessa política. Com conteúdo bastante interessante e atual, pode ser solicitado à Editora MS: SAI, Trecho 4, Lotes 540/610 CEP: 71200-040, Brasília, DF. Fone:(61) 2331774/2332020 Fax 2339558

Home page: www.saude.gov.br/editora Email: editorams@saude.gov.br

O Grupo Transas do Corpo, uma ONG de Goiânia, com longo trajeto no trabalho com saúde da mulher, lançou recentemente as seguintes publicações: *Capacitando lideranças femininas para o enfrentamento das DST/AIDS*; *Fortalecendo lideranças femininas para o enfrentamento das DST/AIDS* e *Pré- natal e parto em Goiânia: uma análise retrospectiva*. Podem ser conferidas por quem trabalha com essas temáticas. Contato: Av. Antônio Fidelis, 1811, Parque Amazônia- CEP: 74840-090, Goiânia, Goiás. Fone: (62) 2482365, Fax: 2481484.
Site: www.transasdocorpo.com.br E-mail: transas@transasdocorpo.com.br

Caminhos para uma aliança pela infância

Publicação voltada para educadores, profissionais de saúde, mães, pais e familiares, políticos, jornalistas. Faz parte do projeto *Primeira Infância pela Paz* e traz uma discussão sobre a criança no século XXI e abordagens que podem ser usadas com vistas à paz.

Contato: Site: www.aliancapelainfancia.org.br
Email: alianca@aliancapelainfancia.org.br