

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Mariana Espíndola Robin

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE AMPLIADA E AS POSSIBILIDADES DE FAZER
NUTRIÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Porto Alegre

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Mariana Espíndola Robin

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE AMPLIADA E AS POSSIBILIDADES DE FAZER
NUTRIÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Trabalho de Conclusão de curso de Graduação
apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição
Orientadora: Profa Dra Tatiana Reidel.

Porto Alegre

2017

Mariana Espíndola Robin

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE AMPLIADA E AS POSSIBILIDADES DE FAZER
NUTRIÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Porto Alegre, Julho de 2017

A Comissão Examinadora, abaixo assinalada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**A concepção de saúde ampliada e as possibilidades de fazer nutrição a partir da vivência na extensão universitária**” elaborado por Mariana Espíndola Robin, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora

Profa Dra Maurem Ramos – UFRGS

Profa Dra Eliziane Ruiz - UFRGS

Profa Dra Tatiana Reidel – UFRGS – Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que sem eles nada seria possível.

Ao meu companheiro pelo apoio, paciência, parceria e carinho nos momentos difíceis.

A minha querida professora Orientadora Tatiana Reidel, pelo aprendizado, apoio e carinho.

As minhas amigas, companheiras Helena Soares e Bruna Holand, que sem elas todo o processo teria sido mais difícil.

A todas e todos moradores da comunidade São Pedro, que me acolheram e ensinaram muito, sem eles este trabalho não seria possível.

A todos os amigos que de alguma forma contribuíram para minha trajetória na graduação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas	9
Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist	9

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese), total e por blocos, e sua variação percentual no Rio Grande do Sul - 2012-2013.....	11
--	----

SUMÁRIO

1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
1.1 Concepção de Saúde – Saúde Ampliada	6
1.1.1 Determinantes e condicionantes sociais.....	7
1.2 Extensão Universitária.....	13
1.3 Nutrição e seu fazer	14
2. JUSTIFICATIVA	19
3.OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo geral.....	21
3.2. Objetivos Específico	21
REFERÊNCIAS.....	22
4 ARTIGO ORIGINAL	25

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Concepção de Saúde – Saúde Ampliada

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLYAR, 2007). Então a Organização Mundial da Saúde, em 1948, traz a saúde como direito e obrigação do Estado na promoção e proteção, compreendendo a saúde como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Em 1974, Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, formula o campo da saúde (*health field*). De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrangia: a biologia humana, o meio ambiente e a organização da assistência à saúde, também indo de acordo com a OMS. (SCLYAR, 2007)

Desde a década de 1960 discutia-se de forma bastante rica o modelo da história natural da doença, então propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade (BATISTELLA, 2007). Na América Latina e também no Brasil, entre os anos 1970 e 1980 vivia-se regimes autoritários das ditaduras militares, ocasionando também a crise nos sistemas de saúde. No Brasil, o atendimento de saúde era feito apenas para pessoas com vínculo empregatício e que contribuía para a previdência social, através do vínculo com o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e os trabalhadores rurais contavam com o FUNRURAL, e o resto da população era atendida em locais privados (quem tinha dinheiro para isso), contavam com a caridade ou com as Santas Casas de Misericórdia. No final dos anos de 1980, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, e com a Constituição Federal de 1988, avança-se o debate a respeito do conceito de saúde ampliada, onde a saúde passa ser um direito de todos e dever do Estado, promovendo a partir de políticas públicas, econômicas e sociais a garantia desse direito.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.133)

A lei 8080/90 também traz os objetivos e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que vão embasar os serviços de saúde, garantindo a universalidade ao acesso à saúde, a integralidade e a equidade de assistência, respeitando cada indivíduo em suas complexidades, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, considerando a participação popular (BRASIL, 1990).

Com o avanço da reforma sanitária, o modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007), diferindo do modelo até então considerado, o modelo biomédico. O sujeito passa a ser visto na sua totalidade e é na Lei 8.080 de 1990, que se efetiva a saúde ampliada na linha da promoção, proteção e recuperação em saúde. No seu 3º artigo, classifica como fatores determinantes e condicionantes à saúde:

(...) a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 1990, p. 1).

Assim, ao conceber o conceito de saúde ampliada, que não apenas o tratamento das doenças, mas a articulação das políticas econômicas, sociais e saúde na promoção, prevenção e recuperação. Levando-se em consideração as condições de moradia, trabalho e o meio em que se vive e como tudo isso influencia no estado geral de saúde dos indivíduos.

1.1.1 Determinantes e condicionantes sociais

Os determinantes e condicionantes sociais de saúde, de uma forma generalizada, dizem respeito as condições onde se vive, o trabalho e vida social implicam de uma forma ou outra na saúde de um indivíduo, grupo ou população. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2006), os Determinantes Sociais de Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Pois sabemos que não basta a falta de doença para se ter saúde, mas

a necessidade de condições mínimas de sobrevivência, como moradia, saneamento básico, acesso à saúde e alimentos, para se ter e produzir saúde. Então manter-se saudável depende da interação entre o ambiente e a capacidade de adaptação a ele ou da resiliência (WHO, 2009). Ambiente, relações sociais e saúde são, portanto, indissociáveis; e promover a saúde, nesta perspectiva, requer ir além dos serviços de saúde (AZAMBUJA, et al, 2011).

No século 19, com o processo da industrialização, tanto na Europa como no Brasil, aumentou a população nos centros urbanos, com “favelização” e grande desigualdade social na mortalidade (Szreter, 2003). Entre 1830 e 1840, Villermé, na França, e Chadwick, na Inglaterra, mostraram que a mortalidade era maior nas grandes cidades. Villermé mostrou que a mortalidade era 50% maior nos distritos mais pobres. A tuberculose, seguida pela pneumonia e pela influenza eram, então, as principais causas de morte nas cidades européias (AZAMBUJA, et al, 2011). Então no século 19 a má saúde da população aumentava, e se discutia se a pobreza causava doença ou se as doenças causavam a pobreza.

Em 1848, a Public Health Act (Lei da Saúde Pública), foi defendida por Chadwick. O seu argumento era que investimentos em obras de engenharia sanitária, visando melhoria das condições de habitação e saneamento da cidade, além de beneficiarem diretamente a saúde, favoreceriam o emprego e a renda e, assim, a melhoria nas condições de vida na cidade (AZAMBUJA, et al, 2011), visto que a doença generalizada resultava em pobreza para os trabalhadores e conseqüentemente baixa produtividade dos meios de produção, assim, investindo em obras de saneamento básico e de melhorias da condição de vida da população, além de melhorias na saúde, poderia gerar emprego, aumento de renda e acesso da população à alimentos.

Alguns estudos mostram o quanto os determinantes e condicionantes influenciam nas iniquidades de saúde, uma das abordagens avalia os aspectos físicos-materiais no processo de saúde e doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam na saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária. Outra abordagem avalia os fatores psicossociais, onde as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base nas experiências de pessoas em sociedades desiguais, provocam estresse e prejuízos à saúde. E há os estudos que avaliam as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento de vínculos e associações entre pessoas e grupos,

estes identificam como as relações de solidariedade e confiança entre os indivíduos ou grupos impactam na situação de saúde. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS, FILHO, 2007).

Os modelos propostos por Dahlgren e Whitehead (*apud* BUSS; FILHO, 2007), figura 1, por Diderichsen e Hallqvist (*apud* BUSS; FILHO, 2007), figura 2, esquematizam como os DSS influenciam na saúde.

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Buss e Filho (2007)

O modelo da figura 1 mostra os DSS dispostos em camadas desde uma camada próxima aos determinantes (microdeterminantes) até uma camada mais distante onde demonstram os macrodeterminantes.

Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss e Filho (2007)

Já o modelo da figura 2 propôs a estratificação social gerada pelo contexto social de cada indivíduo, que vão influenciar no estado de saúde. (BUSS; FILHO, 2007).

Olhando para os dois modelos, é possível compreender o quão difícil é de se mudar a condição de vida ou aspectos mais abrangentes dos indivíduos e das populações, por exemplo, condições ambientais e culturais são muito característicos de cada local, comunidade, bairro, cidade, estado ou país e são determinantes do estilo de vida das pessoas. Outros fatores como o desemprego, saneamento básico, acesso a água e luz, dependem também das gestões públicas e políticas de seguridade social e saúde, mas talvez seja aí uma das mais importantes intervenções quando queremos mudar as inequidades de saúde.

As intervenções sobre níveis macro, intermediário ou micro de DSS, com a finalidade de diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social, além de obrigarem a uma atuação coordenada intersetorial abarcando diversos níveis da administração pública, devem estar também acompanhadas por políticas mais gerais de caráter transversal que busquem fortalecer a coesão e ampliar o “capital social” das comunidades vulneráveis, e promover a participação social no desenho e implementação de políticas e programas (CSDH, 2006) (BUSS, FILHO, 2007).

Em 2005 a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), com o objetivo de promover, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (BUSS, FILHO, 2007). Foi em 2006 que no Brasil, se criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Social da Saúde; foi construído também um Grupo de Trabalho Intersetorial, constituído por ministérios e os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. Assim o trabalho articulado entre CNDSS com esse Grupo permite que se multipliquem ações integradas entre as diversas esferas da administração pública, e que as já existentes ganhem maior coerência e efetividade, com a participação do controle social diversificado tendo o reconhecimento de que a saúde é um bem público. (BUSS, FILHO, 2007).

Muito se discute a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria a constituição do sistema capitalista de produção e o quanto este influencia ou se expressa em diferentes sociedades, na acumulação de capital, poder e bens materiais, passando que as posições de classe e reprodução social são determinantes para o estado de saúde e doença.

(...) as explicações sócio-históricas das desigualdades sociais em saúde baseiam-se na idéia de que saúde é um produto social e algumas formas de organização são mais sadias do que outras. Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença. (BARATA, 2009, p 23).

Nesse sentido, a concepção marxista de classe social, onde as classes são definidas a partir de grupos de sujeitos que se diferenciam pela posição que ocupam no sistema de produção, pelas relações que estabelecem, pelo trabalho e como se apropriam da riqueza social, também vai estabelecer um perfil de saúde ou doença.

No Rio Grande do Sul, o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) avalia a situação socioeconômica dos municípios gaúchos quanto à Educação, à Renda e à Saúde, considerando aspectos quantitativos e qualitativos do processo de desenvolvimento (FEE, 2015).

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese), total e por blocos, e sua variação percentual no Rio Grande do Sul - 2012-2013

IDESE E SEUS BLOCOS	IDESE		VARIÇÃO % 2012-13
	2012	2013	
Idese	0,734	0,747	1,7
Educação	0,664	0,679	2,2
Renda	0,730	0,752	3,1
Saúde	0,809	0,809	0,0

Fonte: FEE/CIES/NIS

Observando a tabela, em 2013 o Idese do RS era de 0,747, apresentando um nível médio de desenvolvimento, considerando a demarcação dos níveis em alto (maior ou igual a 0,800), médio (entre 0,500 e 0,799) e baixo (abaixo de 0,499). Analisando os blocos avaliados, nota-se que houve melhora de um ano para outro. No bloco saúde, leva-se em consideração à mortalidade, então não espera-se grandes mudanças de um ano para o outro. Porto Alegre, tem um Idese de 0,814, considerado alto.

Entre 2000 e 2004, foi realizado um estudo em Porto Alegre RS, que buscou investigar a relação entre mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e condições socioeconômicas, e discutir fundamentos e estratégias para a prevenção das DCV. Na época, Porto Alegre tinha um alto índice médio de desenvolvimento humano (IDH = 0,865 em 2000^{1º}), mas marcada desigualdade em indicadores de desenvolvimento e

desigualdade social entre suas regiões. (BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI, 2008). Foram analisadas pessoas entre 45 e 64 anos em 73 bairros da capital. Os resultados foram que a mortalidade precoce por DCV foi 2,6 vezes maior nos bairros classificados como pior comparado ao bairro melhor de 4 estratos socioeconômicos. Entre bairros extremos, o risco relativo chegou a 3,3 para as DCV e 3,9 para as doenças cerebrovasculares. A conclusão do estudo foi que quase a metade da mortalidade por DCV antes do 65 anos pode ser atribuída à pobreza, e a doença, por sua vez, contribui para a pobreza. É preciso reduzir o adoecimento e recuperar a saúde da população mais vulnerável com investimentos que resultem em desenvolvimento econômico e melhoria das condições sociais da população (BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI, 2008).

Outros estudos analisando o PIB (Produto Interno Bruto) per capita e mortalidade infantil de algumas capitais do Brasil também evidenciaram que capitais onde o PIB per capita era menor, a mortalidade infantil era maior. A mortalidade infantil é influenciada por condições concretas de vida, moradia, trabalho e também ao acesso aos serviços de saúde (BARATA, 2009)

Estes fatores evidenciados acima, se expressam de forma contundente em especial nas comunidades pobres e com maior vulnerabilidade de Porto Alegre, não sendo diferente na Comunidade São Pedro, uma comunidade com extrema vulnerabilidade social, que sofre com precárias condições de moradia, sem saneamento básico, escasso acesso à água e a luz.

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medidos por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou em condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009, p. 39)

O SUS abrange uma grande extensão de cobertura à população, inclusive nas áreas mais pobres, compensando, de certa forma, as desigualdades produzidas pelas organizações sociais (BARATA, 2009), tanto é que um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde é a equidade, levando em consideração as diferenças e desigualdades dos indivíduos ou grupos, onde

Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades (...) os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes (...). O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35).

1.2 Extensão Universitária

Na perspectiva de garantir uma formação de qualidade nas Universidades, a extensão universitária é um dos três pilares norteadores e promotores de conhecimento, em conjunto com o Ensino e a Pesquisa. Na UFRGS a extensão universitária é responsável por estabelecer interlocuções sociais e culturais com diferentes seguimentos da sociedade. As ações de extensão são instrumentos muito valiosos para criar ambientes de aprendizagem e grupos multidisciplinares que a nova realidade socioeducativa demanda¹.

(...) O princípio da integração entre os pilares em questão reflete um conceito de qualidade do desempenho acadêmico capaz de favorecer a auto-reflexão crítica, a emancipação teórico-prática e o significado de responsabilidade social proporcionado pela aproximação entre a universidade e a comunidade. A concretização desse princípio supõe, portanto, a realização de projetos coletivos inseridos na comunidade e a integração dos diferentes saberes profissionais para a apreensão dos problemas de forma ampla, efetiva e resolutiva. (PIVETTA et al., 2010. p. 378)

A extensão universitária, de acordo com o Plano Nacional de Extensão, elaborado pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação e do Desporto, é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. (NUNES, SILVA, 2011). Sendo assim, a extensão universitária tem essa função de levar os estudantes e docentes para as comunidades e territórios e fazer esse canal que relaciona entre o que se aprende na teoria na universidade em conjunto com a prática e a vivência fora da instituição, de uma forma muito importante, levando em consideração as pessoas que vivem nesses locais, respeitando a localidade e a sabedoria popular. A extensão universitária é redimensionada com ênfase na relação teoria-prática, na perspectiva de uma relação dialógica entre universidade e sociedade, como oportunidade de troca de saberes.

O caminho não é unilateral da universidade para a sociedade, mas há a preocupação em auscultar as expectativas produzidas pela sociedade, bem como em valorizar o contexto em que as

¹ Site Pró Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<https://www.ufrgs.br/prorext/> acessado em 02/07/2017

atividades se inserem, na busca de uma relação de reciprocidade, mutuamente transformadora, em que o saber científico possa se associar ao saber popular, a teoria à prática em um constante movimento dialético permeado pela realidade social e a experiência do pensar e fazer (JEZINE, 2004, p. 3)

Diante dessa perspectiva de fazer extensão, existe a preocupação de se trabalhar junto das comunidades e não “para” as comunidades de forma assistencialista, assim a extensão universitária passa a trabalhar de forma a potencializar a organização política social, da autonomia e emancipação inserida no território de atuação.

Aprendendo nesses territórios, que ultrapassam a linha das relações sociais, disputas, organizações entre outros. Esse território, no entanto, necessita ser desenhado em suas relações de poder; sua história; a vida cotidiana; a capacidade protetiva consubstanciada na oferta de políticas sociais; a avaliação da condição e qualidade de vida; e a capacidade desse território, a partir de todos esses elementos (destacados aqui a história e lutas), tornar-se campo de potencialização dessa capacidade protetiva e da garantia de direitos (RIZZOTTI, 2014; REIDEL; MARMITT, PEREIRA, 2016).

Nesta perspectiva, seguindo a lógica da saúde ampliada a extensão desenvolve ações que contribuam para a autonomia, emancipação, ao pleno acesso ao direito a saúde, articulando com serviços e políticas públicas. É relevante a contribuição no processo de conscientização crítica, no despertar da comunidade, no fortalecimento dos moradores na busca pela efetivação de direitos, no despertar das políticas públicas frente ao desamparo e invisibilidade das comunidades.

1.3 Nutrição e seu fazer

Analisando o processo histórico de evolução da profissão nutricionista no Brasil, esta teve seu início em 1939, quando foi criado curso de graduação em nutrição na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) (VASCONCELOS, CALADO, 2011). Desde então a profissão vem crescendo e atuando politicamente cada vez mais por meio de abertura de campos de atuação da profissional nutricionista. Paralelamente acompanha-se um aumento no número de cursos de graduação em nutrição pelo Brasil.

Em relação às áreas de atuação profissional, nas últimas décadas, têm sido observadas intensas diversificação e ampliação, fato que pode estar associado ao processo de grande elevação do número de cursos e profissionais no Brasil. Atualmente, o Conselho Federal de Nutricionistas reconhece a

existência de sete grandes áreas de atuação profissional do nutricionista: nutrição clínica, alimentação coletiva, saúde coletiva, ensino (docência), nutrição esportiva, indústria de alimentos e marketing em alimentação e nutrição (VASCONCELOS, CALADO, 2011, p. 613)

A nutrição na saúde coletiva, ocupa o quarto lugar na concentração do número de nutricionistas no país, ampla a área de atuação no campo das políticas públicas, como no Programa Bolsa Família, no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), no Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), na Estratégia Saúde da Família, a partir da criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), também consolidando a profissão neste campo (VASCONCELOS, CALADO, 2011). Mesmo que a atuação em saúde coletiva esteja em quarto lugar, existe um aumento da categoria nesta área que, pela existência do SUS emprega muitos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. É um passo muito importante pois contribui na construção de estratégias de saúde, políticas e consolida a categoria nesta área de atuação.

Fazendo um recorte histórico da atuação da nutricionista ao longo dos anos, e observando o campo da nutrição e alimentação na saúde pública é possível ver que,

Como política pública, nas distintas conjunturas compreendidas no período 1930-1963, (...) o campo materializou-se no Brasil a partir da instituição da “ração essencial mínima” (Decreto-Lei no 399, de 30 de abril de 1938) e do salário mínimo (Decreto-Lei no 2.162, de 1o de maio de 1940); da criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS (Decreto-Lei no 2.478, de 5 de agosto de 1940) e da Comissão Nacional de Alimentação – CNA (Decreto-Lei no 7.328, de 17 de fevereiro de 1945); da instituição da Campanha Nacional de Merenda Escolar (Decreto no 37.106, de 31 de março de 1955), embrião do atual Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), entre outras intervenções estatais. (VASCONCELOS, FILHO, 2011, p. 83)

Ou seja, no período exposto, o Estado intervinha nas políticas de Alimentação e Nutrição a partir de programas voltados aos trabalhadores com vínculo empregatício, contribuintes da previdência social, as gestantes e crianças menores de cinco anos. Fazendo um recorte bem específico das pessoas que se atenderia, e não abrangendo toda a população que necessariamente necessitava de um olhar diferenciado. No livro “Geografia da fome, publicado por Josué Castro em 1946, traçava pela primeira vez o mapa da fome e das carências alimentares e nutricionais do país, além de ser um dos principais difusores das teorias vigentes sobre o nacional desenvolvimentismo”. (VASCONCELOS, FILHO, 2011, p. 84) Josué de Castro evidencia no seu livro as

carecias nutricionais da população da época, traçando e fomentando a discussão em torno da temática da alimentação e nutrição, das políticas públicas neste campo e mostrando a fragilidade existente em algumas regiões do Brasil com a falta de acesso aos alimentos.

Neste sentido então alguns programas foram desenvolvidos, entre eles o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I Pronan, 1973 e II Pronan, 1976).

“A partir do surgimento dos programas do II Pronan (1976) foi que ocorreu o processo de institucionalização de ações de Alimentação e Nutrição no interior da rede pública de serviços de saúde, educação, assistência social etc. em todo o território nacional”. (VASCONCELOS, FILHO, 2011, p. 84).

Em relação às concepções científicas ou paradigmas que nortearam a atuação dos cientistas do campo da alimentação e nutrição no período de 1985 a 2010, observou-se a partir dos últimos anos 1980 a influência da concepção da determinação histórico-social do processo saúde/doença nas investigações epidemiológicas nutricionais (VASCONCELOS, FILHO, 2011). Nesta perspectiva, os estudos da época começaram a evidenciar o conceito de classe social e as desigualdades sociais geradas a partir do sistema que se vive, e como a categoria se mostra útil na identificação da atuação das desigualdades e dos determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença. Sinalizando que o campo da Alimentação e nutrição em saúde coletiva, assumiu a sua atual configuração e ressignificação a partir da década de 1970, no interior do chamado movimento sanitário brasileiro, onde teve a realização da reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, FILHO, 2011)

Em 2010 é incluída no artigo 6º da Constituição de 1988 a alimentação como um dos direitos básicos sociais de toda brasileira e brasileiro. Também surgem outras políticas públicas muito importantes na área da nutrição, como Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan, 1990), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), o Programa Fome Zero (2003), entre outras. Também passaram a existir as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar a partir de 1994, a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), criado a partir da Medida Provisória nº 102, de 1º de janeiro de 2003, fazendo o controle social. Assim, percebe-se a importância da profissional nutricionista na conquista destes espaços muito significativos para a promoção da saúde da população.

Vale ressaltar o processo da transição nutricional, onde a população brasileira vai deixando de estar desnutrida e passa a ter maiores números de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemia. Assim, as políticas precisam ser revistas, no sentido do momento em que vivemos e na integralidade dos sujeitos.

Nessa direção, no que compreende a adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, o desafio imposto à categoria dos nutricionistas remete a mudanças estruturais, que têm início na própria formação acadêmica do profissional. Analisando os currículos dos cursos de nutrição, notamos que eles se apresentam moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante. (FERREIRA; MAGALHÃES R, 2007, p. 1677)

No entanto, é necessário destacar a importância da formação para que os profissionais tenham esta perspectiva de intervenção sob a lógica da saúde ampliada. A formação tecnicista mostra-se como um dos empecilhos para o pensamento da integralidade dos sujeitos. De tal forma que, atualmente, emerge o movimento para a reforma na graduação, de vários cursos da saúde, entre eles a nutrição. Desta forma, há urgência na definição de uma política de Estado para a formação de profissionais de saúde, com base no modelo da integralidade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). Nesta perspectiva, de um lado há a possibilidade de repensar a prática enquanto trabalhadoras da saúde e a atuação no campo da saúde pública, de outro lado têm importantes obstáculos a serem superados como o desafio em superar esse modelo de formação profissional que ainda impera, pautado em práticas convencionais e fragmentadas.

A ação que envolve o segundo campo de atuação em promoção da saúde refere-se à articulação de saberes técnicos e populares. Essa ação se aproxima fundamentalmente da discussão anterior, pois implica transcender modelos tradicionais de atuação em nutrição. Ações de promoção da saúde impõem a criação de espaços democráticos e participativos, a fim de estabelecer uma aproximação com a realidade dos indivíduos e das populações (FERREIRA, MAGALHÃES, 2007, p. 1677).

Neste sentido, se pensa a nutrição a partir de outras possibilidades e trabalhando com a autonomia dos usuários, utilizando-se de diferentes metodologias de intervenção, como por exemplo, a educação popular em saúde, que parte da vivência e problematização para se produzir o conhecimento e o pensamento crítico, permitindo que se façam escolhas alimentares. Assim pode-se também produzir saúde partindo do

território de trabalho com os sujeitos, entendendo-os em sua integralidade. Desta forma, a educação alimentar se faz muito importante na atuação da nutricionista no campo da alimentação e nutrição, bem como se destaca, também a importância desta temática nos currículos dos cursos de nutrição.

Quando se pensa na promoção da saúde, também é relevante levar em consideração a necessidade das ações serem pensadas de modo interdisciplinar e intersetorial com vistas a construir estratégias para melhorar a condição de saúde de determinado território, município, estado ou país. Assim como, levar em consideração de que é necessário condições de vida básicas para se ter saúde.

Esta perspectiva consiste no reconhecimento de que o setor saúde, isoladamente, não consegue responder às demandas de saúde da população, criando com isso a necessidade de articular as ações de saúde com os demais setores da sociedade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). Destaca-se, também, que a atuação da nutricionista com equipes multiprofissionais e interdisciplinares na atenção básica, não se dá apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), que conferem apoio às unidades de saúde, fazendo consultas compartilhadas com outras categorias de trabalhadores de saúde, e desta forma podendo ter um olhar ampliado sobre os usuários.

Então, de uma forma geral a nutricionista é uma profissional com formação generalista que tem como objetivos à promoção da segurança alimentar e à atenção nutricional em todas as áreas do conhecimento e atuação em que a alimentação e a nutrição sejam fundamentais para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais (PINHEIRO et al., 2012).

Assim, o atual campo de atuação do nutricionista demanda um profissional crítico, criativo, integrador e com habilidade de trabalhar em equipe inter e multiprofissional, além de ser capaz de solucionar conflitos e compreender o SUS como cenário de práticas das ações de saúde em toda sua abrangência (PINHEIRO, et al., 2012 p. 633).

Nesta perspectiva, os cursos de graduação em nutrição precisam estar de acordo com os princípios do SUS, formando profissionais que compreendam o sentido de saúde ampliada em conjunto com os determinantes e condicionantes sociais.

2. JUSTIFICATIVA

A definição de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se refere ao bem estar físico, mental e social, destacando-se da concepção historicamente reformada que se limitava a ausência de doenças. Somando-se a isso há o preceito constitucional, onde saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196, BRASIL, 1988). Para além disso, sabe-se que para se ter saúde são necessárias condições básicas de sobrevivência, considerando os determinantes e condicionantes sociais de saúde, como saneamento básico, acesso a alimentos de qualidade e condições para adquiri-los, acesso à água, aos equipamentos de saúde e assistência, cultura da população, costumes e trabalho.

Diante dos múltiplos e multifacetados problemas de saúde enfrentados pela população humana, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentá-los tendo como proposta a junção de saberes técnicos e populares e a mobilização de instituições e comunidades, com o intuito de potencializar o protagonismo na luta pela melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BUSS, FILHO, 2007). A Política Nacional de Promoção da Saúde, no 2 Artigo, traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

A nutrição encaixa-se perfeitamente na condição de promotora da saúde e na prevenção de doenças, quando se trabalha pelo direito ao acesso aos alimentos de qualidade e em estratégias de educação em saúde, que permitam a população autonomia e poder de escolha em relação aos seus alimentos, através de políticas públicas de alimentação e nutrição. De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar, a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam

ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006). Desta forma, o direito humano à alimentação torna-se um direito universal.

O Sistema Único de Saúde nasceu da luta da população por seus direitos, que procurando garantir o direito à saúde, com acesso universal, com qualidade e equidade. Assim, a garantia pelo direito a alimentação é uma das bandeiras do SUS, e deveria ser dos profissionais da área da saúde. Contudo, olhando para a formação dos cursos da saúde, percebe-se que a formação muitas vezes se restringe a um caráter focal, ainda com viés somente patológico, individualista, onde a prática clínica-hospitalar ainda é predominante.

Esta perspectiva ampliada de saúde, gera inquietações sobre a formação na saúde, e os desafios e possibilidades de uma formação um tanto “tradicional”. Sendo assim, busquei durante a graduação vivências com projetos de extensão, considerando que a extensão universitária tem como objeto de intervenção as demandas do público alvo (RIZZOTTI, 2014).

A motivação para o presente trabalho se deu a partir da vivência na comunidade São Pedro, vulgarmente conhecida em Porto Alegre como Vila Cachorro Sentado, como bolsista da nutrição, através do projeto de extensão Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro, vinculado ao programa de extensão Saúde Urbana, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde foi possível vivenciar por dois anos, de junho de 2015 a agosto de 2017 desafios e possibilidades de ser e fazer nutrição a partir desta compreensão ampliada da saúde.

O trabalho justifica-se pelo que já foi exposto e pelo fato da extensão universitária ter um papel muito importante na formação dentro da área da saúde, partindo de um outro olhar da promoção da saúde, acesso aos alimentos, educação popular em saúde e vínculo com a comunidade. Discutindo e planejando ações em saúde numa equipe interdisciplinar, em conjunto com a comunidade.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a concepção de saúde ampliada com vistas a refletir sobre as possibilidades de fazer nutrição a partir da vivência na extensão universitária

3.2. Objetivos Específico

Analisar o papel da nutrição e da nutricionista na promoção da saúde em comunidade com a finalidade de refletir sobre a importância da educação popular no processo da promoção da saúde.

Evidenciar a contribuição no processo de qualificação da formação por meio da vivência da extensão universitária na comunidade a fim de evidenciar ampliação da concepção da saúde e da prática profissional a partir de outras perspectivas e realidades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001. p. 13-50.
- AZAMBUJA, Maria Inês Reinert et al. Urban health, environment, and inequalities Salud urbana, ambiente y desigualdades *Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Florianópolis v. 6, n. 19, p. 110-5, 2011 Abr-Jun.
- BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016
- BASSANESI, Sergio Luiz.; AZAMBUJA, Maria Inês.; ACHUTTI, Aloyzio. Premature Mortality due to Cardiovascular Disease and Social Inequalities in Porto Alegre: from Evidence to Action. *Arq Bras Cardiol*, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.
- BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos, PEREIRA-SANTOS Marcos, SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 18, n. 48, p. 177-86, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em 03 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.446*: Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 03 maio 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei de segurança alimentar e nutricional. Brasília: CONSEA, [2006]. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/cartilha-losan-portugues>>. Acesso em: Acesso em 03 maio 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 77-93, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Carta aberta aos candidatos à Presidência. *Radis: comunicação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 49, p.1-1, set. 2006. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/comissao-nacional-sobre-determinantes-sociais-da-saude>>. Acesso em: 5 maio 2017.

CRUZ, Pedro José Santos et al. Educação Popular e Nutrição Social: reflexões e vivências com base em uma experiência. Pernambuco: Ufpb, 2014.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul, 2007.

FRIEDLI, Lynne. *Mental health, resilience and inequalities.*: World Health Organization, Regional Office for Europe. 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *Resultados Idese 2014*. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/destaques/>>. Acesso em: 4 maio 2017.

JEZINE, E. As práticas curriculares e a extensão universitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf901/as-praticas-curriculares/as-praticas-curriculares.pdf>>. Acesso em 29 jun de 2017.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; et al. Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 25, n. 5, p. 631-643, set./out., 2012

REIDEL, Tatiana; MARMITT, Anely; PEREIRA, Isadora Ducati. A CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA O ACESSO E GARANTIA DE DIREITOS. In: Anais do 15 ° CBAS. Recife/PE, 2016

RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. A gestão de políticas sociais a partir do território: o estudo do União da Vitória - Londrina – PR. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal (RN): ABEPSS, 2014.

RIZZOTTI, Maria Luiza. Amaral. A gestão de políticas sociais a partir do território: o estudo do União da Vitória - Londrina – PR. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal (RN): ABEPSS, 2014.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Revista Saúde Coletiva: Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SZRETER, Simon. The population health approach in historical perspective. *Am J Public Health*. v. 93, p. 421-31, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. A *PROEXT*. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/proext/proext/>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; CALADO Carmen Lúcia de Aaraújo. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 24, n. 4, p. 605-617, jul./ago., 2011.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; FILHO, Malaquias Batista. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2011.

4 ARTIGO ORIGINAL

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE AMPLIADA E AS POSSIBILIDADES DE FAZER
NUTRIÇÃO A PARTIR DA VIVÊNCIA NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

THE CONCEPT OF EXTENDED HEALTH CARE AND POSSIBILITES OF
PROVIDING NUTRITION AND FOOD SERVICES ON THE BASIS OF
EXPERIENCE WITH THE UNIVERSITY OUTREACH PROJECT

Mariana Espíndola Robin ¹, Tatiana Reidel ²

1 Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina – UFRGS

2 Departamento do Serviço Social, Instituto de Psicologia – UFRGS

RESUMO

Este artigo pretende trazer reflexões a partir da concepção de saúde ampliada e o fazer nutrição partindo de outros olhares possíveis vivenciados na extensão universitária no período de dois anos no projeto Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro. O projeto está vinculado ao Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, que tem como princípio o conceito de saúde ampliada, considerando os condicionantes e determinantes sociais. A metodologia utilizada é qualitativa utilizando-se de relato de experiência de cunho descritivo e reflexivo, analisando sobre desafios, inquietações e possibilidades. Para reflexão e análise foi feita uma revisão bibliográfica das categorias: saúde ampliada, determinantes e condicionantes de saúde, extensão universitária e nutrição, utilizando também dados secundários como diário de campo e relatório final. Conclui-se evidenciando na revisão bibliográfica a relevância da extensão universitária na formação em saúde compondo uma formação de qualidade, fazendo a interlocução social e cultural com diferentes seguimentos sociais e a universidade, trazendo para os cursos de nutrição o pensamento crítico e entendo a saúde no seu sentido ampliado e assim contribuindo para a promoção da saúde.

ABSTRACT

The aim of this article is to provide some reflections on the concept of extended health care and nutrition and food services, considering other possible aspects as experienced in a two-year university outreach project Emancipation and Autonomy: Awakening of the São Pedro Community. Said project is linked to the Urban Health, Environment, and Inequality Outreach and Research Program whose guiding principle is the concept of extended health care taking into account social requirements and determinants. The

method used is qualitative, making use of hands-on experience reports of descriptive and reflective nature, analyzing challenges, concerns, and possibilities. The literature of the following categories was reviewed for analysis and reflection: extended health care, health care requirements and determinants, university outreach project and nutrition and food services, using secondary data such as a field diary and a final outreach report as well. It is concluded based on the available evidence the relevance of extended health care projects on the formation in Health, composing a quality graduation, making the social and cultural connection to many different social and educational environments, bringing to the Nutrition courses the critical thinking and understanding of health in its amplified sense and in this way contributing to the promotion of health.

Introdução

A definição de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) é o bem estar físico, mental e social, diferenciando-se da concepção histórica que se limitava a ausência de doenças. Somando com o preceito constitucional, a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196, BRASIL, 1988). Para além disso, sabe-se que para se ter saúde são necessárias condições básicas de sobrevivência, como saneamento básico, acesso a alimentos de qualidade e condições para adquiri-lo, acesso à água, aos equipamentos de saúde e assistência considerando os determinantes sociais, que de acordo com Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006), são os fatores

sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Diante dos múltiplos e multifacetados problemas de saúde enfrentados pela população humana, a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentá-los tendo como proposta a junção de saberes técnicos e populares e a mobilização de instituições e comunidades, com o intuito de potencializar o protagonismo na luta pela melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). A Política Nacional de Promoção da Saúde, no 2º Artigo, traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL,2014).

A nutrição encaixa-se perfeitamente na condição de promotora da saúde e na prevenção de doenças, ao trabalhar através de políticas públicas de alimentação e nutrição pelo direito ao acesso aos alimentos de qualidade em estratégias de educação em saúde, que permitam a população autonomia e poder de escolha em relação aos seus alimentos. De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar, a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006), sendo assim o direito humano a alimentação torna-se um direito universal.

A importância da nutrição na prevenção e promoção da saúde se confirma através dos Núcleos de Apoios a Saúde da Família, que está presente na Atenção Básica. Contudo, olhando para a formação dos cursos da saúde, percebe-se que a formação muitas vezes se restringe a um caráter individualista, através do tratamento de doenças, onde a interação clínica-hospitalar ainda é predominante.

Segundo Araújo (2007) muitas vezes a academia ainda continua pedagogicamente autoritária, comprometida com a transmissão do conhecimento, condicionadora, controladora, e acrítica em termos do seu papel social e por isso mesmo, descomprometida com a transformação da realidade social onde atuam/atuarão seus educandos. Isso prejudica muito uma intervenção que vá ao encontro da perspectiva preconizada no conceito ampliado de saúde, pois os sujeitos são compreendidos dentro de “caixinhas”, mesmo que existam alguns esforços para mudar algumas práticas dentro da graduação, a força do ensino tradicional dos cursos da saúde ainda é hegemônica.

Nas grades curriculares dos cursos de nutrição em muitos aspectos não é diferente, desde sua gênese, a prática educativa em nutrição tem sido pautada por processos verticais e autoritários, centrada em modelos prescritivos e biologicistas, menosprezando o diálogo, a autonomia do educando e os aspectos sócio-culturais que envolvem práticas alimentares e a realidade (LIMA et al, 2003, SANTOS 2005; CASTRO et al. 2007) nessa perspectiva constitui-se uma formação fragmentada, com a teoria dissociada da prática, centrada no indivíduo, na formação predominantemente clínica, que gera dificuldades dos acadêmicos nas intervenções práticas e no entendimento das políticas públicas de promoção da saúde e de alimentação e nutrição.

Na perspectiva de refletir sobre a proposta de formação no âmbito de graduação do Curso de Nutrição da UFRGS, encontra-se no PPP (Projeto Político Pedagógico) o

que se espera dos estudantes que se formam nesta instituição enquanto perfil do egresso

Formar um profissional generalista, humanista e crítico, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e a atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, a partir de uma reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural. (PPP, ano 2007, p.189)

Observa-se assim, que a perspectiva de perfil dos profissionais formados em nutrição está em consonância com a compreensão de saúde ampliada refletida anteriormente nesta produção.

Uma das vivências diferenciadas de ensino na graduação foi através da disciplina “Educação Alimentar e Nutricional”, onde tem “a educação alimentar como ferramenta para duas das principais estratégias de promoção da saúde, qual seja, promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde no contexto do direito humano a alimentação e a saúde”², tendo uma abordagem dialético-emancipatória como fundamento teórico e a metodologia da conscientização como prática educativa. A disciplina teve como objetivo habilitar e desenvolver competências para

Reconhecer a saúde e alimentação como direitos humanos fundamentais e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência exigida para cada caso em todos os níveis do sistema. Pensar criticamente, analisar os problemas de saúde e nutrição da sociedade, procurar e apontar soluções viáveis no âmbito de sua responsabilidade. Estar apto e contribuir para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo. Atuar na formulação e implementação de políticas e programas de nutrição, de educação nutricional, de segurança e vigilância

² Informações extraídas do Plano de disciplina Educação Alimentar e Nutricional

alimentar, nutricional e sanitária visando a promoção da saúde. Contribuir com a educação permanente da equipe de saúde coordenando e executando atividades de educação em nutrição (CRONOGRAMA... 2015).

Sendo assim, uma das propostas da disciplina era que em duplas, a partir do aprendizado teórico-prático fosse desenvolvido um grupo que poderia aplicar uma intervenção em escolas e/ou com trabalhadores de diversas áreas, comunidades, creches, empresas e etc. Uma atividade de educação alimentar com mudança de hábitos, e mais do que isso que os estudantes identificassem no grupo os problemas, os estágios de mudança e a partir disso se desenvolvessem ações com o grupo. A partir dessa disciplina entrei em contato com o grupo de extensão do Projeto Despertar, pois a ideia inicial era de se fazer a intervenção proposta pela disciplina no grupo de mulheres já desenvolvido pelo projeto. Por diferentes fatores a intervenção para a disciplina não ocorreu no grupo de mulheres, mas me aproximou muito do projeto, da equipe e da comunidade de tal forma que permaneci, participando das reuniões de equipe, dos grupos e rodas de conversa desenvolvidas pelo projeto na comunidade até me tornar bolsista efetivamente.

A partir da atual concepção ampliada de saúde, o perfil do egresso anunciado no Projeto Político Pedagógico do Curso de Nutrição da UFRGS, percebe-se que há desafios e possibilidades de uma formação que, mesmo buscando estratégias, ainda é vivenciada de um modo um tanto “tradicional”. Busquei durante a graduação vivências com projetos de extensão, considerando que a extensão universitária tem como objeto de intervenção as demandas do público alvo, este se insere num contexto de diversas modificações dentro do território (RIZZOTTI, 2014; REIDEL, MARMITT, PERREIRA, 2016).

Mesmo não alcançando os objetivos inicialmente planejados na disciplina, a entrada orgânica dentro de uma comunidade que apresenta tão intensas vulnerabilidades

e demandas como a comunidade São Pedro, junto a inquietação de que a nutrição teria sim muito a contribuir no que se refere a saúde destas pessoas foram elementos de muita relevância para inserção no Projeto de Extensão.

Compreende-se que a extensão tem um papel muito importante na formação dentro da área da saúde, partindo de um outro olhar da promoção da saúde, acesso aos alimentos, educação popular em saúde e vínculo com a comunidade. Discutindo e planejando ações em saúde numa equipe interdisciplinar, em conjunto com a comunidade.

Sendo assim, a motivação para o presente trabalho se deu a partir desta vivência na comunidade São Pedro, vulgarmente conhecida em Porto Alegre como Vila Cachorro Sentado, como bolsista da nutrição, através do projeto de extensão Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro, vinculado ao programa de extensão Saúde Urbana, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde foi possível vivenciar por dois anos, de junho de 2015 a agosto de 2017.

Concepção de Saúde – Saúde Ampliada

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLYAR, 2007). Então a Organização Mundial da Saúde, em 1948, traz a saúde como direito e obrigação do Estado na promoção e proteção, compreendendo a saúde como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Em 1974, Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, formula o campo da saúde (*health field*). De acordo com esse

conceito, o campo da saúde abrangeria: a biologia humana, o meio ambiente e a organização da assistência à saúde, também indo de acordo com a OMS. (SCLYAR, 2007)

Desde a década de 1960 discutia-se de forma bastante rica o modelo da história natural da doença, então propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade (BATISTELLA, 2007). No final dos anos de 1980, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, e com a Constituição Federal de 1988, avança-se o debate a respeito do conceito de saúde ampliada, onde a saúde passa ser um direito de todos e dever do Estado, promovendo a partir de políticas públicas, econômicas e sociais a garantia desse direito.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.133)

A legislação também traz os objetivos e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que vão embasar os serviços de saúde, respeitando a universalidade ao acesso à saúde, a integralidade e a equidade de assistência, respeitando cada indivíduo em suas complexidades, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, considerando a participação popular (BRASIL, 1990).

Com o avanço da reforma sanitária, o modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007), diferindo do modelo até então considerado, o modelo biomédico. O sujeito passa a ser visto na sua totalidade e é na Lei 8.080 de 1990, que se efetiva a saúde ampliada na linha da promoção, proteção e recuperação em saúde. No seu 3º artigo, classifica como fatores determinantes e condicionantes à saúde:

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990, p. 1).

Assim trazendo o conceito de saúde ampliada, que não apenas o tratamento das doenças, mas a articulação das políticas econômicas, sociais e saúde na promoção, prevenção e recuperação. Levando em consideração as condições de moradia, trabalho e o meio em que se vive e como tudo isso influencia no estado geral de saúde dos indivíduos.

Determinantes e condicionantes sociais

A relação dos determinantes e condicionantes sociais e a saúde, de uma forma generalizada é como o meio e as condições onde se vive, o trabalho e vida social implicam de uma forma ou outra na saúde de um indivíduo, grupo ou população. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006), os Determinantes Sociais de Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Pois sabemos que não basta a falta de doença para se ter saúde, mas a necessidade de condições mínimas de sobrevivência, como moradia, saneamento básico, acesso à saúde e alimentos, para se ter e produzir saúde. Então manter-se saudável depende da interação entre o ambiente e a capacidade de adaptação a ele ou da resiliência (WHO, 2009). Ambiente, relações sociais e saúde são, portanto, indissociáveis; e promover a saúde, nesta perspectiva, requer ir além dos serviços de saúde (AZAMBUJA, et al, 2011).

No século 19, com o processo da industrialização, tanto na Europa como no Brasil, aumentou a população nos centros urbanos, com “favelização” e grande desigualdade social na mortalidade (SZRETER, 2003). Entre 1830 e 1840, Villermé, na França, e Chadwick, na Inglaterra, mostraram que a mortalidade era maior nas grandes cidades. Villermé mostrou que a mortalidade era 50% maior nos distritos mais pobres. A tuberculose, seguida pela pneumonia e pela influenza eram, então, as principais causas de morte nas cidades européias (AZAMBUJA, et al, 2011). Então no século 19 a má saúde da população aumentava, e se discutia se a pobreza causava doença ou se as doenças causavam a pobreza.

Em 1848, a Public Health Act (Lei da Saúde Pública), foi defendida por Chadwick. O seu argumento era que investimentos em obras de engenharia sanitária, visando melhoria das condições de habitação e saneamento da cidade, além de beneficiarem diretamente a saúde, favoreceriam o emprego e a renda e, assim, a melhoria nas condições de vida na cidade (AZAMBUJA, et al, 2011), visto que a doença generalizada resultava em pobreza para os trabalhadores e conseqüentemente baixa produtividade dos meios de produção, assim, investindo em obras de saneamento básico e de melhorias da condição de vida da população, além de melhorias na saúde, poderia gerar emprego, aumento de renda e acesso da população à alimentos.

Alguns estudos mostram o quanto os determinantes e condicionantes influenciam nas iniquidades de saúde, uma das abordagens avalia os aspectos físicos-materiais no processo de saúde e doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam na saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária. Outra abordagem avalia os fatores psicossociais, onde as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base nas experiências de pessoas em

sociedades desiguais, provocam estresse e prejuízos à saúde. E há os estudos que avaliam as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento de vínculos e associações entre pessoas e grupos, estes identificam como as relações de solidariedade e confiança entre os indivíduos ou grupos impactam na situação de saúde. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS, FILHO, 2007).

Foi em 2006 que no Brasil, se criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Social da Saúde, foi construído também um Grupo de Trabalho Intersetorial, constituído por ministérios e os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, assim o trabalho articulado entre CNDSS com esse Grupo permite que se multipliquem ações integradas entre as diversas esferas da administração pública, e que as já existentes ganhem maior coerência e efetividade, tendo a participação do controle social diversificado tendo o reconhecimento de que a saúde é um bem público. (BUSS, FILHO, 2007).

Muito se discute a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria discute a constituição do sistema capitalista de produção e quanto este influencia ou se expressa em diferentes sociedades, na acumulação de capital, poder e bens materiais, passando que as posições de classe e reprodução social são determinantes para o estado de saúde e doença. “As explicações sócio-históricas das desigualdades sociais em saúde baseiam-se na idéia de que saúde é um produto social e algumas formas de organização são mais sadias do que outras” (BARATA, 2009,p.23), desta forma, os mesmos que estruturam a sociedade produzem as desigualdades sociais e doenças.

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medidos por indicadores de classe social, variáveis isoladas como

escolaridade e classes ocupacionais, ou em condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009, p. 39)

O SUS abrange uma grande extensão de cobertura à população, inclusive nas áreas mais pobres, compensando, de certa forma, as desigualdades produzidas pelas organizações sociais (BARATA, 2009), tanto é que um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde é a equidade, levando em consideração as diferenças e desigualdades dos indivíduos ou grupos, onde

Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades (...) os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes (...). O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (ALMEIDA, et al, 2001, p.35)

No entanto, o que observa-se nos territórios empobrecidos, com ênfase nesta produção para o município de Porto Alegre, é que a população não tem em muitos momentos clareza de seus direitos e, quando os tem, não possui atendimento/acesso conforme preconizado legalmente.

Considerando as reflexões tecidas, compreende-se a amplitude da perspectiva interventiva do profissional da saúde. Neste sentido, torna-se um desafio para formação profissional a criação de estratégias político pedagógicas que contribuam, para o entendimento de que ser um profissional de saúde, nutricionista, envolve muito mais do que apreensão técnica de procedimento, demandando compreensão ampliada do conceito de saúde e arcabouço teórico e metodológico, bem como técnico-operativo e ético político no fazer e ser nutricionista considerando as contradições vivenciadas na sociedade e a integralidade dos usuários atendidos.

Extensão Universitária

Na perspectiva de garantir uma formação de qualidade, a extensão universitária é um dos três pilares norteadores e promotores de conhecimento, em conjunto com o Ensino e a Pesquisa, nas Universidades, na UFRGS a extensão universitária é responsável por estabelecer interlocuções sociais e culturais com diferentes seguimentos da sociedade. As ações de extensão são instrumentos muito valiosos para criar ambientes de aprendizagem e grupos multidisciplinares que a nova realidade socioeducativa demanda³. “O princípio da integração entre os pilares em questão reflete um conceito de qualidade do desempenho acadêmico capaz de favorecer a auto-reflexão crítica, a emancipação teórico-prática e o significado de responsabilidade social proporcionado pela aproximação entre a universidade e a comunidade” (PIVETTA et al., 2010).

A extensão universitária, de acordo com o Plano Nacional de Extensão, elaborado pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e pela Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação e do Desporto, é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. (NUNES, SILVA, 2011). Sendo assim, a extensão universitária tem essa função de levar os estudantes e docentes para as comunidades e territórios e fazer esse canal que relaciona entre o que se aprende na teoria na universidade em conjunto com a prática e a vivência fora da instituição, de uma forma muito importante, levando em consideração as pessoas que vivem nesses locais, respeitando a localidade e a sabedoria popular. A extensão universitária é redimensionada com ênfase na relação teoria-

³Site PRORXT, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

prática, na perspectiva de uma relação dialógica entre universidade e sociedade, como oportunidade de troca de saberes.

O caminho não é unilateral da universidade para a sociedade, mas há a preocupação em auscultar as expectativas produzidas pela sociedade, bem como em valorizar o contexto em que as atividades se inserem, na busca de uma relação de reciprocidade, mutuamente transformadora, em que o saber científico possa se associar ao saber popular, a teoria à prática em um constante movimento dialético permeado pela realidade social e a experiência do pensar e fazer (JEZINE, 2004, p. 3)

Diante dessa perspectiva de fazer extensão, existe a preocupação de se trabalhar junto das comunidades e não “para” as comunidades de forma assistencialista, assim a extensão universitária passa a trabalhar de forma a potencializar a organização política social, da autonomia e emancipação inserida no território de atuação.

Programa Saúde Urbana

O Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades é um programa de extensão universitária pertencente à Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que existe desde 2010 e tem por objetivo geral contribuir para aumentar a produção, mobilização, comunicação e circulação da informação sobre determinantes físicos, bio-psicosociais e econômico-culturais das desigualdades nas cidades, dentro da UFRGS e com outras instituições públicas e privadas, locais e globais, interessadas em promover o desenvolvimento urbano sustentável e equitativo, requisito para a Promoção da Saúde da população.

Projeto Emancipação e Autonomia Despertar da Comunidade São Pedro

O projeto de extensão está vinculado ao Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, da UFRGS, que tem como princípio o conceito de saúde ampliada, considerando os condicionantes e determinantes sociais. O projeto é coordenado por uma professora do curso de Serviço Social da Universidade,

tendo uma configuração interdisciplinar, composto por estudantes de diversas áreas da saúde, comunicação e humanas.

O território de atuação é comunidade São Pedro, popularmente conhecida como “Vila Cachorro Sentado”, termo pejorativo que reflete o estigma imposto aos moradores. Tem no território um grande número de usuários de crack, muitos que exercem funções ativas no comércio de drogas atualmente ilícitas. Violências variadas estão presentes no cotidiano dos moradores, como a violência policial e a miséria. A estigmatização é subjetivada pelos moradores, gerando um sentimento de baixa auto estima e descrença que desmobiliza a organização comunitária.

Desde 2012 o projeto desenvolve ações na comunidade, a professora coordenadora ao reconhecer o território identificou a necessidade e demanda para se trabalhar. Por meio das idas à comunidade e notando a negligência do poder público em relação aos moradores, ao território, a violência, e também pela fala das pessoas que moram lá, seria de muita relevância que houvesse um trabalho neste sentido, desenvolvendo ações que contribuíssem para o reconhecimento dos direitos e que mediassem as políticas públicas, por meio dos serviços, para que as pessoas pudessem ter acesso ao que lhes é direito.

Em meio a este contexto se organiza a proposta de intervenção do projeto Despertar, que tem como objetivos contribuir no processo de emancipação e autonomia dos moradores da comunidade São Pedro através de intervenções que envolvam estudantes e docentes de diferentes áreas e profissionais de diferentes políticas e setores; desenvolver mecanismos que fortaleçam os conceitos de emancipação e autonomia; dar visibilidade sobre as potencialidades dessa comunidade; criar espaços de discussão, troca e reflexão sobre acesso aos direitos, identidade e representação social; criar canais de comunicação a partir das temáticas que circundam o projeto; possibilitar

aprendizagens e vivências que impactem na formação dos estudantes e professores envolvidos.

Sendo assim, desde 2012, vinculados ao Programa Saúde Urbana, até hoje, desenvolvem-se ações nesta comunidade, como articulação com a UBS Bananeiras, articulação com Rede sócio assistencial, visitas domiciliares (VDs) a fim de criar vínculo com os moradores, encaminhamentos aos diferentes serviços, Grupo de mulheres, Rodas de conversa e articulação com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Partenon, articulação e fortalecimento da Associação de Moradores, atuação na Creche comunitária, com ações de saúde, revitalização do espaço e apoio pedagógico, criação de canais de comunicação, como o Jornal “O Despertar” feito em conjunto com os moradores.

No ano de 2016 foi realizado, além destas atividades, o mapeamento de condições de moradia, demandado pela própria comunidade que permitiu a visibilidade de quem são, quantos são e em que condições vivem os moradores da Comunidade São Pedro. Para uma comunidade que se sente invisível, cujos dados de realidade não existem em nenhum dos equipamentos e serviços públicos que as atende, ter esta “fotografia” da realidade é para além de um dado. É o reconhecimento dos sujeitos e um recorte de sua condição, neste caso a partir da moradia. De posse dos resultados do mapeamento, além dos dados que dão visibilidade aos moradores, tem-se um potente documento que contribuirá nos processos de diálogo e relação com as políticas públicas.

Nesta perspectiva, seguindo a lógica da saúde ampliada o projeto desenvolve ações que contribuam para a autonomia, emancipação, ao pleno acesso ao direito a saúde, articulando com serviços e políticas públicas. É relevante a contribuição no processo de conscientização crítica, no despertar da comunidade, no fortalecimento dos moradores

na busca pela efetivação de direitos, no despertar das políticas públicas frente ao desamparo de invisibilidade da comunidade.

Metodologia

A experiência descrita no presente trabalho refere-se ao período vivenciado como bolsista da nutrição, entre junho de 2015 a junho de 2017. O presente artigo explora o assunto da educação e prática interdisciplinar. Embasado nos métodos da sistematização de experiência (HOLLIDAY, 1996) e da observação participante (MINAYO, 2010), trata-se de um estudo descritivo com resultados de um relato de experiência de intervenções interdisciplinares em Projeto de Extensão que desenvolve suas atividades na comunidade São Pedro Para tanto.

Para tanto, foram utilizados como dados secundários fonte de dados registro de diário das atividades desenvolvidas na comunidade, relatório de avaliação final do Projeto e relatório de avaliação na condição de bolsista, bem como atas de reuniões de equipes. Além deste material, para reflexão e análise realizou-se uma revisão bibliográfica das categorias: saúde ampliada, determinantes e condicionantes de saúde, extensão universitária e nutrição.

Relato de Experiência do ser e fazer nutrição, a partir da vivência na comunidade no projeto de extensão universitária na comunidade São Pedro

No segundo semestre de 2015 ocorreu a primeira aproximação com a comunidade São Pedro para participar do grupo de mulheres. Era sábado e chegamos em torno das 15h30, logo na entrada da comunidade, que se localiza na Av. Ipiranga, já

podia se notar a grande quantidade de lixo e falta de alguns recursos básicos na comunidade.

O grupo acontecia na Casa dos Cata-ventos, uma casa da associação de moradores que foi compartilhada com outro projeto de extensão da UFRGS que desenvolve ações com crianças e adolescentes.

Fui conhecer a comunidade andamos pela rua principal, acessos e becos. Pude notar a falta de infraestrutura e negligência do serviço público em relação àquele lugar, tinha grande quantidade de lixo espalhado pelos acessos, falta de saneamento básico, luz e água irregulares, muitos animais, pilhas de materiais recicláveis, pois tem alguns galpões de reciclagem.

Após o reconhecimento do território fomos para a sede da associação para dar início ao grupo, alguns dias antes as bolsistas fizeram a mobilização para a participação das mulheres no grupo, e divulgando minha participação enquanto estudante de nutrição no grupo. Aguardamos por quase uma hora, porém nenhuma mulher compareceu, então fomos até suas casas, me apresentei enquanto estudante de nutrição e logo foi possível perceber uma barreira muito significativa em relação a elas, fui recebida com algumas falas como: “Nutricionista? Vai vir aqui dizer que o que eu como tá errado”. “Tu acha que a gente come o que? A gente come arroz e feijão”.

A partir disso, fiquei pensando no rótulo e da identidade da profissão, pontos que pouco se fala na graduação, pensei naquelas falas enquanto trabalhadora em formação para a saúde e todas as barreiras encontradas em relação a nutrição. Me instigou a permanecer na comunidade São Pedro, não apenas o fato de ver a nutrição como potente recurso de promoção da saúde, mas também por entender que aprenderia muito no grupo interdisciplinar junto com a comunidade. Também acreditando no potencial da educação popular em saúde na construção conjunta do conhecimento, pensamento

crítico e autonomia, visto que “A Educação Popular em Saúde (EPS) é um saber importante para a construção da cidadania e participação social na medida em que vem contribuindo para a criação de uma nova consciência sanitária das políticas públicas.” (NERY et al., 2012, p.114), assim delineando minha atuação e ideias de intervenção no projeto Despertar.

Um dos objetivos do projeto é a articulação com os equipamentos de saúde e assistência social, dessa forma uma das ações desenvolvidas foi a aproximação do CRAS na comunidade através de uma roda de conversa em conjunto com os moradores. Essa aproximação se deu através da participação de integrantes do projeto em espaços de discussões da micro rede. Esse momento das rodas foi um passo muito importante para o projeto e para a comunidade, para o projeto pois planejávamos os encontros na comunidade em conjunto com as trabalhadoras CRAS, e para a comunidade no sentido de que as políticas públicas estariam mais próximas das pessoas.

As rodas aconteciam em um horário alternativo ao do trabalho, e com uma metodologia específica de abordagem que oportunizava escuta das demandas da comunidade para o serviço. Desta forma, o projeto entrava como articulador e mediador da roda, pois a vontade de participação e de fala era muito intensa nesses momentos. a partir das falas se esquematizavam as prioridades do momento e a partir disso se tiravam encaminhamentos e de como fazer com que os problemas elencados fossem resolvidos em conjunto com a comunidade, CRAS e projeto Despertar.

A educação popular ativa a mobilização para a construção de autonomia no âmbito individual e coletivo, assim como abre perspectivas para a alteridade entre os sujeitos sociais na luta por direitos, contribuindo assim para a significação do direito de cidadania. (NERY et al., 2012 p. 116)

Desta forma, se tencionava a participação efetiva do serviço público através das políticas públicas para a melhoria da comunidade. Uma das demandas atendidas foi uma obra num dos acessos da comunidade, um local que tinha problemas com esgoto e

alagamento nos dias de chuva. Foi articulado com o CRAS que uma família receberia pelo período de seis meses o benefício eventual de R\$ 400,00 e compraria os canos necessários para a obra, e o CRAS mediaría o contato com o Departamento de Esgotos Pluviais para realização da obra. Foi a primeira vez que um programa beneficiaria mais de vinte famílias. A obra foi realizada, no meio do percurso aconteceram alguns imprevistos, como mudança de gestão municipal, e mudança das lideranças da comunidade, mas o final da intervenção aconteceu.

Ter participado desse processo foi muito enriquecedor, na perspectiva de que

Um dos desafios da Educação Popular em Saúde é esquematizar estratégias que possam ser incorporadas nos cursos de graduação de todos os profissionais de saúde (...) para inferir no campo da saúde enquanto ferramenta que possa ser compartilhada e problematizada nas vivências e enfrentamentos dos problemas de saúde e na busca de entendimento dos determinantes das questões sociais mais importantes. (NERY et al., 2012 p. 115)

Foi possível praticar metodologias participativas bem como entender que os espaços de troca de saberes e construção de conhecimentos também acontecem fora da Universidade, fomentando o pensamento crítico e político enquanto futura trabalhadora da saúde.

Outro momento importante no projeto foi a intervenção junto a merendeira da creche comunitária, que atende cerca de 63 crianças moradoras da comunidade. No início de 2016, em uma reunião com a associação de moradores, uma das demandas elencadas para o projeto era o auxílio em ações e atividades na creche, entre outras atividades, apoio com as questões alimentares.

Partindo dessa demanda em conjunto com outro colega bolsista da nutrição construímos um pequeno projeto para se trabalhar com a merendeira, e com as educadoras. No projeto Despertar instiga-se os alunos a pensar e se colocar nos espaços de forma a potencializar a formação e autonomia.

Paulo Freire (1968) contribui teoricamente quando sistematiza metodologias de aprendizagens, onde defende e valoriza o saber popular através da problematização da prática de vida das pessoas. Cada indivíduo ou grupo envolvido na construção do conhecimento dispõe em si próprio, ainda que de forma pouco aprofundada, dos conteúdos necessários dos quais se parte. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida, (FEITOSA, 1999). Nessa perspectiva, a pretensão de atuação com o projeto não era de levar a academia enquanto detentora do saber ou fazer ações para a creche ou para a merendeira, mas aprender junto com ela, construir as oficinas e pensar em metodologias com a merendeira, construir receitas e cozinhar junto com ela, assim tendo um cuidado em relação ao nosso lugar na extensão universitária e como podemos aprender juntos com a comunidade.

A partir disso, conversamos com a merendeira sobre o que ela achava da atividade, quais os pontos que ela considerava importante a participação do projeto. Então que uma de suas falas mobilizou muito. Ela disse: “eu sou apenas a cozinheira”.

Ao ouvirmos essa fala é possível refletir sobre o sentido do trabalho, e foi importante para delinear nossa intervenção no local, não falando e agindo da forma tradicional do fazer nutrição, mas no sentido do fazer nutrição a partir da promoção da saúde e da valorização da trabalhadora que promove a saúde.

Na perspectiva do fazer nutrição a partir de outros olhares possíveis, conversas se estabeleceram com a merendeira sobre a importância do trabalho realizado por ela, onde ela promovia a alimentação de mais de 60 crianças todos os dias, muitas dessas crianças fazem ali as principais refeições do dia e que isso também era produzir saúde.

Pensando no perfil do egresso do curso de nutrição que pretende formar um profissional humanista e crítico, capaz de atuar visando à segurança alimentar, que a

alimentação e nutrição são muito importantes para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, a partir de uma reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (PPP Nutrição, 2007) e analisando a situação vivenciada com a merendeira, percebe-se que a extensão universitária é capaz de trazer essas reflexões para a formação em saúde e nutrição,

À luz dessa perspectiva reflexiva e transformadora, é fundamental a realização de atividades acadêmicas e processos de construção de conhecimento que situem os alunos em condições objetivas de percepção ampliada das relações intrínsecas entre teoria e realidade, ideia e práxis, formação e trabalho, profissão e compromisso social. (BISCARDE, PEREIRA-SANTOS, SILVA, 2014, p. 179).

Foi possível apreender, naquele momento, que para além do pensamento comum da nutrição tinham outras barreiras a serem quebradas no ambiente, não apenas pelas crenças existentes em torno da alimentação, mas problemas existentes muito maiores que as vontades da merendeira, por exemplo, até aquele momento de 2016 a creche não recebia o recurso vindo do Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE, 1955), uma verba específica para compra de alimentos, então a alimentação era produzida com alimentos muitas vezes doados para a creche.

Numa dessas doações receberam proteína de soja texturizada, a merendeira então nos pediu auxílio para fazermos testes e oficinas para implementar a doação na alimentação das crianças e também doação para outras famílias da comunidade. Foi um processo muito interessante e com certa dificuldade, pois tinham-se algumas crenças pessoais em torno da proteína da soja ao mesmo tempo em que a demanda oportunizaria pensar na ação como demanda dos indivíduos da comunidade e como se poderia produzir pensamento crítico em conjunto com eles. Embora a dificuldade de trabalhar e utilizar a soja por crenças pessoais, entende-se que a demanda vinda da comunidade ou usuários se torna mais significativa e importante em relação às crenças de qualquer profissional, em especial aqui dos trabalhadores de saúde. Neste caso, por exemplo, via-

se a soja como a complementação da alimentação, no caso de uma comunidade com vulnerabilidades sociais, com dificuldade de acesso a recursos para a alimentação, a doação era bem vinda. Então foi um momento de aprendizagem no momento que se entende e vivencia a utilização da soja e a demanda da comunidade para além das crenças pessoais dos trabalhadores da saúde.

Para as crianças foi desenvolvido, junto com a merendeira, bolinhos de soja assados recheados com cenoura, se ofereceu os mesmos para as crianças na festa de dia das crianças sendo muito bem aceita por todas.

Posterior a esta atividade, foi pensado um modelo de oficina que se desenvolveria com quem tivesse interesse na comunidade, para fazer três preparações com a proteína de soja e a partir desse momento essas pessoas levariam para suas casas uma porção de doação e assim poderiam fazer nas suas casas. Numa das discussões em reunião de equipe do projeto trouxemos essa ideia da oficina e da doação, pois então que as outras colegas da extensão trouxeram a demanda do grupo de mulheres, onde as mulheres do grupo tinham vontade, na época, de se fazer um grupo operativo. Levamos, então, a oficina com produção de receitas com a proteína de soja texturizada. Neste dia fizemos panquecas recheadas com proteína de soja e também fizemos aproveitamento integral de alimentos como a cenoura a beterraba. Além de utilizarmos as verduras e as ramas no molho com a soja fizemos a massa da panqueca colorida, todo o processo foi pensado em conjunto com a merendeira, as colegas da extensão e com a professora coordenadora, no dia da oficina foram as mulheres do grupo que executaram as preparações e puderam levar o quanto quisessem da proteína.

Tudo isso só foi possível com o vínculo que se preocupou e se investiu em fazer com os moradores. Assim, não foi apenas uma intervenção pessoal e pontual, mas a continuidade de um trabalho que considera a totalidade dos sujeitos e com eles está

implicado nos processos de mudança. Foi um processo muito interessante e de aprendizado, uma das interações da extensão universitária são os projetos interdisciplinares, este é apenas um relato onde as reuniões de equipe são extremamente importantes neste sentido. Além da troca de conhecimentos das diversas áreas, planejamos ações em conjunto a partir da demanda dos grupos que estamos, pois um dos objetivos da extensão universitária é se trabalhar a partir das demandas dos sujeitos, que se encontram dentro do território com diversas modificações e organizações e assim conseguimos construir em conjunto melhores possibilidades de intervenção e aprendizado.

Com as educadoras foram momentos difíceis e muitas vezes de frustração, pois foi tentado de diversas formas chegar mais perto delas, se conseguiu alguns momentos de conversas e sensibilização. Porém, o vínculo com a merendeira foi muito positivo e significativo, se conseguiu desenvolver uma parceria muito boa, com encontros semanais, onde eram planejadas e discutidas questões alimentares para a escola, conversamos com a nutricionista que começou a trabalhar na creche, e o vínculo foi tão forte que a merendeira também queria auxílio para questões além da creche, mas para sua vida pessoal.

Contudo, uma das dificuldades encontradas foi a maior articulação e participação junto a Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual a comunidade São Pedro é território. O projeto conseguiu algumas reuniões e observou algumas ações da UBS na comunidade, porém existia uma resistência muito grande da equipe de saúde em relação à São Pedro, existiam algumas falas estigmatizadoras e equivocadas, o que criava uma barreira do serviço com a população residente da comunidade, ocasionando um distanciamento do serviço de saúde.

Um dos desafios do SUS à formação em Saúde é a articulação do ensino com o serviço e a comunidade. Na formação, as

práticas educativas de aproximação do ensino-serviço com a comunidade devem ser (re)pensadas na perspectiva de fortalecer a participação social no sistema supracitado, destacando-se, para isso, a Educação Popular em Saúde como forma de estreitar a distância entre os serviços de saúde e a população. (AMARAL, PONTES, SILVA, 2014 p. 1548).

Assim, uma das formas pensadas para aproximar a comunidade e de tencionar as políticas de saúde, mais básicas que fossem, foi fomentar e potencializar a participação popular no conselho local de saúde. Pensando que no SUS o controle social é muito importante e presente, o projeto explicou a importância do poder popular no desenvolvimento e fiscalização das políticas públicas e que como a UBS era, muitas vezes, distante da comunidade, seria muito interessante a participação dos moradores naquele espaço, assim, foi articulado com a líder comunitária sua participação no conselho local. Além dela, outras moradoras passaram a freqüentar mais vezes o conselho local, e assim podiam levar as demandas da comunidade e solicitar maior intervenção do serviço de saúde.

Considerações finais

O período dos dois anos vivenciado por meio da bolsa no projeto de extensão universitária Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro, foi muito enriquecedor. A procura por espaços que permitissem aprender para além da sala de aula permeou todo processo de graduação e a extensão foi onde isso foi possível, dentro de uma formação na saúde. Uma das inquietações se refere a dificuldades ainda vivenciada no modo mais conservador de ensinar e aprender que perpassa os bancos acadêmicos, ainda que tentando de muitas formas modificar o modelo de ensino, o mesmo muitas vezes se vê enredado a um modelo biomédico e limitante. O projeto Despertar foi um local de refúgio além de qualificação da formação. Poder ir para a

comunidade e aprender junto com os moradores e com a equipe interdisciplinar possibilitou vivências de ser e fazer nutrição até então jamais vivenciadas e mostrou que a intervenção da nutrição pode contribuir no processo de produção de saúde. Isso é possível quando entendemos as condições do local que estamos, nos desafiamos a vivenciá-lo e quebrar a barreira que nos distancia dos usuários, criando novas estratégias de abordagem que possibilitem sentido aos envolvidos e auxiliem para que, de fato, vivenciem a saúde no seu sentido ampliado.

Considerando a discussão e relatos apresentados e interface com a literatura e toda sistematização teórica, foi possível evidenciar que ainda há dificuldades e barreiras a serem superadas nas grades curriculares dos cursos da saúde e da nutrição, contudo, existe um movimento de tentativa de mudanças, como a reestruturação dos currículos com base no Sistema Único de Saúde, para formação de trabalhadoras e trabalhadores que compreendam a saúde no seu sentido ampliado. Evidenciou-se também a importância da extensão universitária compondo uma formação de qualidade, pois faz a interlocução social e cultural com diferentes seguimentos sociais e a universidade, mostrando que a construção do conhecimento não se faz de forma unilateral, mas de maneira conjunta entre ensino e sociedade.

No campo da nutrição, evidenciou-se importância da categoria no trabalho em saúde coletiva, no campo da saúde pública como promotora de saúde, o atual campo de atuação da nutricionista requer um profissional crítico, criativo, integrador e com habilidade de trabalhar em equipe inter e multiprofissional, além de compreender o SUS como cenário de práticas das ações de saúde em toda sua abrangência. Por isso se faz necessária uma formação crítica, compreendendo o papel da categoria na sociedade.

REFERENCIAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.) *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001. p. 13-50.

AMARAL, Maria Carmélia Sales do; PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo; SILVA, Jennifer do Vale e. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 18, n. 1, p.1547-1558, jan. 2014.

AZAMBUJA, Maria Inês Reinert et al. Urban health, environment, and inequalities Salud urbana, ambiente y desigualdades *Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Florianópolis v. 6, n. 19, p. 110-5, 2011 Abr-Jun.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016

BASSANESI, Sergio Luiz.; AZAMBUJA, Maria Inês.; ACHUTTI, Aloyzio. Premature Mortality due to Cardiovascular Disease and Social Inequalities in Porto Alegre: from Evidence to Action. *Arq Bras Cardiol*, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos, PEREIRA-SANTOS Marcos, SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 18, n. 48, p. 177-86, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em 03 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.446*: Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei de segurança alimentar e nutricional. Brasília: CONSEA, [2006]. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/cartilha-losan-portugues>>. Acesso em: 03 maio 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 77-93, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Carta aberta aos candidatos à Presidência. *Radis: comunicação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 49, p.1-1, set. 2006. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/comissao-nacional-sobre-determinantes-sociais-da-saude>>. Acesso em: 5 maio 2017.

CRUZ, Pedro José Santos et al. Educação Popular e Nutrição Social: reflexões e vivências com base em uma experiência. Pernambuco: Ufpb, 2014.

FEITOSA, Sônia. *Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de educação*. 1999. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Usp, São Paulo, 1999

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul, 2007.

FRIEDLI, Lynne. *Mental health, resilience and inequalities*.: World Health Organization, Regional Office for Europe. 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2017.

JEZINE, E. As práticas curriculares e a extensão universitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos-pdf901/as-praticas-curriculares/as-praticas-curriculares.pdf>>. Acesso em 29 jun de 2017.

MINAYO, Maria Cecília S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NERY, et al. *Educação popular em saúde: um instrumento para a construção da cidadania*. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.114-129, jan./dez. 2012.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; et al. Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 25, n. 5, p. 631-643, set./out., 2012

REIDEL, Tatiana; MARMITT, Anely; PEREIRA, Isadora Ducati. A CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PARA O ACESSO E GARANTIA DE

DIREITOS. In: Anais do 15 ° CBAS. Recife/PE,2016

RIZZOTTI, Maria Luiza. Amaral. A gestão de políticas sociais a partir do território: o estudo do União da Vitória - Londrina – PR. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Natal (RN): ABEPSS, 2014.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Revista Saúde Coletiva: Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SZRETER, Simon. The population health approach in historical perspective. *Am J Public Health*. v. 93, p. 421-31, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. A *PROEXT*. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/proext/proext/>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE/FIOCRUZ.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* está em processo de afiliação e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE

<http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação.

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Forma e preparação de manuscritos

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual.

Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as

referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

- a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.
- b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

- a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.
- b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.
- c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por no mínimo dois pareceristas ad hoc (peer review). No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria. Os autores acompanham o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores (duplo-cego).

Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.