

COORDENADOR
JONAS RODRIGO GONÇALVES

**PNAS:
POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

*AUTORAS CONVIDADAS:
REGINA CLÁUDIA GONÇALVES,
RENATA COSTA FORTES,
ADRIANA HAACH
e alunos(as) da Unip/DF*

Editora
JRG

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-913928-6-5



9 788591 392865

GONÇALVES, Jonas Rodrigo (coordenador).
Políticas de Nutrição e Assistência Social. 1ª
edição. Brasília: JRG, 2017.

ISBN: 978-85-913928-6-5

COORDENADOR DO PROJETO

Jonas Rodrigo Gonçalves

AUTORAS CONVIDADAS

Regina Cláudia Gonçalves

Renata Costa Fortes

Adriana Haack

AUTORES e AUTORAS

Alessandra Bruna

Alice Santos de Azevedo

Aline Paula Teixeira

Aline Rodrigues Bastos

Allana de Oliveira Barbosa

Amanda Santos Pereira

Ana Cristina Freire

Ana Livia Soares dos Santos

Ana Paula N. Maciel

Ana Priscila Silva Souza

Ana Tallyta Martins Alves

Andresa Alves Veras

Aridaia Lima

Cynthia Barbosa Machado

Claudia Helena De Castro

Crhistiany Costa Torres

Cynthia Gomes

Dainane Vais de Souza

Dayanne Martins Dantas

AUTORES e AUTORAS

Elaine Nascimento Guedes
Eliana de Paula Martins
Elisangela Rodrigues da Silva Albuquerque
Erica Rocha de Sales
Érika Andrade
Estela Bispo de Souza
Fabiana Alves Do Nascimento
Flaviane Suelen Oliveira de Jesus
Talita Natalia Batista
Lisianne Kássia Santos Soares
Suelen Oliveira Gama
Francisco Barauna
Gabryelle Ferreira da Costa
Grasielly Da Nóbrega Silva
Hellen Clayre
Igor Silva Rodrigues
Ikaro Fernando
Jaqueline F. F. de Araújo
João Reuber da Silva
Jonas Rodrigo Gonçalves
Josiane Pinheiro dos Santos
Kamilla Conceição Alves
Karynne Nogueira Bezerra
Kelly Cristina Oliveira Silva
Leila Cristiane da Silva Lopes
Lilian Feitosa dos Santos
Lizarda Benedita Loureiro Lino
Loiane Pereira dos Santos
Lorrayne Pereira Tomaz
Luana de Sousa Ferreira Gonçalves

AUTORES e AUTORAS

Luana Martins Alves
Luana Pereira dos Santos
Lucas Teixeira Garcez
Luciana Alves de Sousa
Luciene Batista da Silva
Magno Felipe Campos Araújo
Margareth Santana
Maria Letícia Martins de Sousa
Maria Vieira do Nascimento
Mariana Cardoso Leite
Marlúcia Teixeira
Matheus Nascimento
Mayara Gomes Ferreira de Moura
Micaelle da Silva
Michele Cristina dos Santos Moreira
Michelle Assis
Millene Mendes
Miriam Mendes
Nattália Sousa e Costa de Medeiros
Nayane Teixeira Alves
Paula de Lima Dodd
Raquel Emanuelle Marques da Silva
Rayclécia Santos
Renata Fernandes Alves
Ritha de Cássia Souza Martins
Rosângela Barbosa
Rosenir Barros Martins
Shirlei Pereira da Costa
Silvana Borba
Sueli Moreira de Souza Rocha

AUTORES e AUTORAS

Suellen Medeiros dos Santos

Thayna de Assis Moreira

Bruna Selene Pires Silva

Mikaele Kimbely de Oliveira Alves

Vanessa Freire Dos Santos

Wasley Moura

Wendell Leysson Barros Faustino

SUMÁRIO

Apresentação	009
Capítulo 1: Políticas de Nutrição e Alimentação em Saúde	12
Capítulo 2: Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde	22
Capítulo 3: Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde: segunda análise	41
Capítulo 4: Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, da alimentação e da nutrição	60
Capítulo 5: Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, da alimentação e da nutrição: segunda análise	89
Capítulo 6: Plano Brasil Sem Miséria	105
Capítulo 7: Plano Brasil Sem Miséria: segunda análise.....	120
Capítulo 8: Análise do Programa “Bolsa Família” como política pública de transferência de renda no Brasil em 2014	141
Capítulo 9: Programa Bolsa Família: segunda análise	162
Capítulo 10: Programa Bolsa Família: terceira análise	191
Capítulo 11: Interdisciplinaridade e Intersetorialidade em saúde	208

Capítulo 12: Interdisciplinaridade e Intersetorialidade em saúde: segunda análise	243
Capítulo 13: Terceiro Setor e o estímulo às ações intersetoriais	266
Capítulo 14: Terceiro Setor e o estímulo às ações intersetoriais: segunda análise	286
Capítulo 15: Ações educativas em programas de saúde, alimentação e nutrição	309
Capítulo 16: Ações educativas em programas de saúde, alimentação e nutrição: segunda análise	324
Capítulo 17: Principais programas da atenção primária executados pela estratégia saúde da família	346
Capítulo 18: Saúde da Família e política de nutrição alimentar na saúde	360
Capítulo 19: Políticas Públicas de alimentação e nutrição no Brasil: um olhar da década de 30 até o modelo atual do programa de transferência condicionada de renda	387
Capítulo 20: Análise da política pública do aleitamento materno no contexto da amamentação e seus aspectos nutricionais	411
Capítulo 21: A ação dos flavonóides nos casos de depressão	450
Considerações Finais	481
Referências	483

APRESENTAÇÃO

O presente livro nasceu da aplicação de uma das metodologias ativas da Aprendizagem por Projetos, inspirada em Perrenoud.

Na ânsia por obter maior participação dos alunos e conseqüentemente maior aprendizado por parte deles, propus um trabalho às minhas duas turmas do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Unip (campus Brasília/DF) no primeiro semestre letivo de 2017.

O trabalho consistiu na divisão das turmas em oito grupos, visto haver oito temas no plano de ensino da disciplina. Cada grupo fez uma pesquisa teórica de cerca vinte páginas, transcrevendo as citações e seus respectivos autores. No segundo bimestre, ministrei aulas de técnica de paráfrase, e os grupos transformaram seu trabalho em textos autorais. Por isso, temos dois grupos do mesmo tema, uma vez que são duas turmas.

Além do trabalho, os(as) alunos(as) fizeram normalmente as provas I e II e obtiveram resultados excelentes. Atribuo, inclusive, ao envolvimento com os temas. As aulas expositivas foram dadas por mim, no entanto, os(as) estudantes responsáveis por aquele tema participaram ativamente contribuindo com mais informações, enriquecendo-as. A possibilidade de lançarem um livro em coautoria com o professor gerou um capricho excepcional aos capítulos, e esta dedicação à pesquisa fez com que compreendessem melhor

temáticas tão relevantes à formação pleiteada. Daí as participações tão interessantes e respaldadas.

Cada grupo ficou responsável pela adequação do capítulo às normas vigentes da ABNT e/ou Vancouver, bem como pela revisão linguística dos aspectos gramaticais da Língua Portuguesa, e, ainda, pela responsabilidade intelectual que envolve as questões de direito autoral. De forma que toda a responsabilidade é dos(as) autores(as) de cada capítulo.

Neste livro foram abordados os seguintes temas: Políticas de Nutrição e Assistência Social; Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde; Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, da alimentação e da Nutrição; Plano Brasil Sem Miséria; Programa Bolsa Família; Interdisciplinaridade e Intersetorialidade em Saúde; Terceiro Setor e o estímulo às ações intersetoriais; Ações Educativas em Programas de Saúde, Alimentação e Nutrição; e Saúde da Família.

O capítulo 19 “Políticas Públicas de alimentação e nutrição no Brasil: um olhar da década de 30 até o modelo atual do Programa de Transferência Condicionada de Renda” é uma contribuição das professoras Renata Costa Fortes e Adriana Haack, convidadas para compor a obra.

Já o capítulo 20: “Análise da Política Pública do aleitamento materno no contexto da amamentação e seus aspectos nutricionais” é um projeto de pesquisa da Flaviana de Lima Monção, feito sob minha orientação com Trabalho de

Conclusão de Curso I, no curso de Nutrição, da Universidade Paulista (Unip).

Por fim, a obra contou com o capítulo 21, de autoria de Regina Cláudia Gonçalves, nutricionista, especialista em Fitoterapia Funcional e em Nutrição Clínica Funcional, que abordou com excelência o tema “A ação dos flavonóides nos casos de depressão”.

Este livro é o resultado deste projeto de sucesso. Agradeço a todos os(as) alunos(as) que se dedicaram a este trabalho para que conseguíssemos alcançar nossa meta: esta publicação. Que ela seja útil para novos alunos que venham a estudar esta área de conhecimento tão relevante. Agradeço também, e muito, às três autoras convidadas (Regina Cláudia Gonçalves, Renata Costa Fortes e Adriana Haack), que abrilhantaram a obra, dando a oportunidade de co-autoria a todos os(as) alunos(as).

Boa leitura!

Professor Jonas Rodrigo Gonçalves¹
(coordenador do projeto)

¹ Possui mestrado em Ciência Política (Políticas Públicas); especialização em Letras (Linguística: Revisão de Texto; licenciatura em Letras (Português e Inglês); licenciatura em Filosofia; habilitação em História, Sociologia, Psicologia e Ensino Religioso. Autor de 34 livros técnicos e didáticos. Coordenador de políticas editoriais das faculdades CNA (DF) e Facesa (GO). Atualmente leciona nas faculdades Processus, CNA, Unip, JK e Facesa. É editor-chefe da editora JRG (www.editorajrg.com). Na Faculdade Processus (DF) coordena dois grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Português Jurídico e Políticas Públicas.

Capítulo 1: POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO E SAÚDE

Jonas Rodrigo Gonçalves²

O estudo das Políticas de Nutrição e Assistência Social se deu inicialmente para este trabalho a partir do plano de ensino da disciplina de quarenta horas “Políticas de Nutrição e Alimentação em Saúde”, ministrada no curso de Enfermagem, para o sétimo semestre de um total de oito semestres.

A ementa do plano de ensino sugerida pela Universidade Paulista (Unip) é: “Estudo de ações relacionadas a Política Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na área de atenção básica, relacionadas ao acesso universal aos alimentos e a garantia do direito humano a alimentação adequada. Visa discutir a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares para a promoção

² Possui mestrado em Ciência Política (Políticas Públicas); especialização em Letras (Linguística: Revisão de Texto; licenciatura em Letras (Português e Inglês); licenciatura em Filosofia; habilitação em História, Sociologia, Psicologia e Ensino Religioso. Autor de 34 livros técnicos e didáticos. Coordenador de políticas editoriais das faculdades CNA (DF) e Facesa (GO). Atualmente leciona nas faculdades Processus, CNA, Unip, JK e Facesa. É editor-chefe da editora JRG (www.editorajrg.com). Na Faculdade Processus (DF) coordena dois grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Português Jurídico e Políticas Públicas.

de práticas alimentares saudáveis na atenção básica.”

Esta disciplina de “Políticas de Nutrição e Alimentação em Saúde” (PNAS) teve como objetivos sugeridos pela Unip os citados a seguir. Objetivos Gerais: aplicar os conceitos das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na área de atenção básica a saúde, com vista à interdisciplinaridade e intersetorialidade; compreender os principais determinantes do processo saúde/doença da coletividade, com ênfase nas desigualdades sociais e iniquidades em Saúde; discutir sobre a intersetorialidade das ações, incluindo o primeiro, segundo e terceiro setor; aprender a atuar na promoção das práticas alimentares saudáveis por meio de ações educativas, considerando os ciclos da vida e as doenças crônicas mais frequentemente atendidas na área básica relacionadas à alimentação e nutrição (obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica).

Já os objetivos específicos citados no mesmo plano de ensino são: desenvolver conhecimentos específicos para a promoção da saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Políticas de Saúde e de Assistência Social; aprender a planejar, desenvolver e avaliar ações educativas no campo da saúde com ênfase da criança, adulto e idoso; analisar os programas e projetos públicos e privados relacionados a alimentação e nutrição.

O plano de ensino em questão³ trouxe a divisão do Conteúdo Programático em quinze aulas, sendo oito aulas expositivas e sete aulas direcionadas à organização, apresentação e avaliação de seminários, conforme observaremos a seguir.

Aula 1: Apresentação da disciplina, do programa e das bibliografias. Desigualdades sociais e iniquidades em saúde. 1.1. Desigualdade social e sua relação com direitos sociais (saúde, educação, segurança e trabalho); 1.2. Apresentação de dados sobre diferenças de acesso aos serviços de saúde e de presença de patologias segundo renda, escolaridade e ser assegurado por plano de saúde; 1.3. Exclusão social e sua relação com vulnerabilidade à saúde.

Aula 2: Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, alimentação e nutrição. 2.1 Princípios e diretrizes; 2.2 Beneficiários; 2.3 Sistema Único de Assistência Social; 2.4 Cadastro único; 2.5 Centros de Referência de Assistência Social; 2.6 Estudo de caso: relação entre assistência social e o direito humano à alimentação adequada.

Aula 3: Plano Brasil sem Miséria. 3.1. Objetivos; 3.2 Eixos de ação: garantia de renda, acesso aos serviços públicos e inclusão produtiva;

³ UNIP. Acesso em 21 jun. 2017. Disponível em <<https://professor.unip.br/DocumentoConteudoProgramatico.aspx?curso=24701&disciplina=769V&semestre=07&anoGrade=20141>>

3.3 Plano Brasil sem Miséria e a área da saúde, alimentação e nutrição.

Aula 4: Programa Bolsa Família 4.1 Processo histórico dos programas de transferência de renda; 4.2 Diretrizes; 4.3 Beneficiários; 4.4 Condicionalidades do programa; 4.5 Indicadores de acompanhamento; 4.6 Evolução das condições de saúde de beneficiários do programa.

Aula 5: Interdisciplinaridade e intersetorialidade em saúde. 5.1 Conceitos de disciplinaridade, multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na saúde coletiva; 5.2 Conceito de intersetorialidade e sua importância para a melhora da qualidade de vida da população; 5.3 Discussão de métodos de intervenções intersetoriais e interdisciplinares para a alimentação saudável na primeira infância, vida adulta e idosa.

Aula 6: Ações e promoção do Terceiro setor relacionado ao estímulo às ações intersetoriais com vistas à saúde da população da criança, do adulto e do idoso. 6.1 Definição de primeiro, segundo e terceiro setor; 6.2 Histórico do terceiro setor; 6.3 Abrangência e impacto das ações do terceiro setor na área da saúde, alimentação e nutrição; 6.4 Apresentação e discussão de modelos de instituições do terceiro setor com ação na área de saúde, alimentação e nutrição.

Aula 7: Ações educativas em programas de saúde, alimentação e nutrição da área básica a saúde. 7.1 – Princípios para ações de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas; 7.2 Ações educativas de alimentação e nutrição

realizada por equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família – adesão dos pacientes e metodologias utilizadas (discussão de experiências, propostas de atividades para os diferentes ciclos da vida e resultados de intervenções educativas publicadas em artigos científicos).

Aula 8: Discussão sobre a prática dos programas de Saúde da Família segundo as intervenções e dados epidemiológicos da secretária de saúde do município.

Aula 9: Divisão dos temas entre os grupos para apresentação de Seminários, com vista à saúde da população da criança, do adulto e do idoso, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais. (Cada grupo deve conter alunos da enfermagem e da nutrição) 9.1. Roteiro de orientação dos seminários.

Aula 10: Apresentação do Seminário. G1- Saúde da mulher: Ações de incentivo a alimentação adequada durante o pré-natal para o adequado estado nutricional durante a gestação; G2 - Saúde da Criança – Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Aula 11: Apresentação do Seminário. G3 - Saúde da Criança: Ações de incentivo ao aleitamento materno e introdução adequada de alimentos na área básica a saúde; G4 – Saúde da Criança – Monitoramento do estado nutricional de crianças atendidas na atenção básica.

Aula 12. Apresentação do Seminário. G5- Saúde do Escolar: Monitoramento do estado

nutricional e ações educativas sobre nutrição e alimentação na comunidade escolar; G6 - Saúde do adulto: Ações educativas sobre nutrição e alimentação em grupos populacionais para o controle Obesidade em UBS.

Aula 13: Apresentação do Seminário. G7 – Saúde do adulto: Ações educativas sobre nutrição e alimentação em grupos populacionais para o controle de Hipertensão em UBS; G8 – Saúde do adulto: Ações educativas sobre nutrição e alimentação em grupos populacionais para o controle de Diabetes em UBS.

Aula 14. Apresentação do Seminário. G9 - Saúde do Idoso: Avaliação das ações de saúde e nutrição na comunidade idosa atendida na área de atenção básica a saúde; G10 - Saúde do Idoso: Avaliação das ações de saúde e nutrição na comunidade idosa institucionalizada.

Aula 15. Discussão de seminários.

O referido plano de ensino (UNIP, 2017), apresenta a seguinte estratégia de trabalho: Aulas expositivas, estudos dirigidos e exercícios com resolução em sala de aula. As exposições serão ilustradas com recursos visuais. Os estudos dirigidos são atividades supervisionadas pelos professores, nas quais os alunos debaterão sobre o conteúdo de exercícios selecionados e artigos científicos. Os objetivos são aprofundar conceitos e técnicas apresentadas nas aulas teóricas e suas aplicações na prática epidemiológica, no contexto da saúde pública.

Apresenta, ainda, como avaliação a apuração do rendimento escolar é realizada por meio de verificações parciais e exames, conforme previsto no Regimento Institucional.

Traz como bibliografia básica as obras: CARDOSO, M.A. Nutrição em Saúde Coletiva. São Paulo: Atheneu, 2014; TADDEI, J.A. e cols. Nutrição em saúde pública. Rio de Janeiro: Rubio, 2011; SICHIERI, R.; KAC, G.; GIGANTE, D.P. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Já como bibliografia complementar, o referido plano de ensino (UNIP, 2017) apresenta: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas, Brasília, 2012; BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2005; BARROS MBA; FRANCISCO PMSB; ZANCHETTA LM; CÉSAR CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011; JAIME P.C.; AMARAL MA; JÚNIOR HMM. Ações de saúde no Plano Brasil sem Miséria: o acesso à saúde orientado pela superação de iniquidades. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. O Brasil sem miséria. Brasília, 2014; GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. São

Paulo: Fiocruz, 2013; SANTOS, I.G. Nutrição: da assistência à promoção a saúde. São Paulo: RCV, 2007. 384 p. Endereços eletrônicos recomendados: 1. Ministério da Saúde - www.saude.gov.br 2. Datasus (Departamento de Informática do SUS) - www.datasus.gov.br 3. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) - www.cdc.gov 4. OMS/WHO (Organização Mundial da Saúde) - www.who.org 5. OPAS (Organização Pan-americana da Saúde) - www.paho.org 6. RIPSA (Rede Interagencial de informações para a Saúde).

O presente livro nasceu da aplicação de uma das metodologias ativas da Aprendizagem por Projetos, inspirada em Perrenoud.

Na ânsia por obter maior participação dos alunos e conseqüentemente maior aprendizado por parte deles, propus um trabalho às minhas duas turmas do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Unip (campus Brasília/DF) no primeiro semestre letivo de 2017.

O trabalho consistiu na divisão das turmas em oito grupos, visto haver oito temas no plano de ensino da disciplina. Cada grupo fez uma pesquisa teórica de cerca vinte páginas, transcrevendo as citações e seus respectivos autores. No segundo bimestre, ministrei aulas de técnica de paráfrase, e os grupos transformaram seu trabalho em textos autorais. Por isso, temos dois grupos do mesmo tema, uma vez que são duas turmas.

Além do trabalho, os(as) alunos(as) fizeram normalmente as provas I e II e obtiveram resultados excelentes. Atribuo, inclusive, ao envolvimento com

os temas. As aulas expositivas foram dadas por mim, no entanto, os(as) estudantes responsáveis por aquele tema participaram ativamente contribuindo com mais informações, enriquecendo-as. A possibilidade de lançarem um livro em coautoria com o professor gerou um capricho excepcional aos capítulos, e esta dedicação à pesquisa fez com que compreendessem melhor temáticas tão relevantes à formação pleiteada. Daí as participações tão interessantes e respaldadas.

Cada grupo ficou responsável pela adequação do capítulo às normas vigentes da ABNT e/ou Vancouver, bem como pela revisão linguística dos aspectos gramaticais da Língua Portuguesa, e, ainda, pela responsabilidade intelectual que envolve as questões de direito autoral. De forma que toda a responsabilidade é dos(as) autores(as) de cada capítulo.

Neste livro foram abordados os seguintes temas: Políticas de Nutrição e Assistência Social; Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde; Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, da alimentação e da Nutrição; Plano Brasil Sem Miséria; Programa Bolsa Família; Interdisciplinaridade e Intersetorialidade em Saúde; Terceiro Setor e o estímulo às ações intersetoriais; Ações Educativas em Programas de Saúde, Alimentação e Nutrição; e Saúde da Família.

O capítulo 19 “Políticas Públicas de alimentação e nutrição no Brasil: um olhar da década de 30 até o modelo atual do Programa de

Transferência Condicionada de Renda” é uma contribuição das professoras Renata Costa Fortes e Adriana Haack, convidadas para compor a obra.

Já o capítulo 20: “Análise da Política Pública do aleitamento materno no contexto da amamentação e seus aspectos nutricionais” é um projeto de pesquisa da Flaviana de Lima Monção, feito sob minha orientação com Trabalho de Conclusão de Curso I, no curso de Nutrição, da Universidade Paulista (Unip).

Capítulo 2: DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE

Elaine Nascimento Guedes*
Francisco Baraúna*
Leila Cristiane da Silva Lopes*
Renata Fernandes Alves*
Rosenir Barros Martins*
Ritha de Cássia Souza Martins*

A desigualdade social e a pobreza são problemas sociais que afetam a maioria dos países pobres ou ricos, mas a desigualdade social é um fenômeno se torna mais presente em países não desenvolvidos. Estudos demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos.

Segundo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2006, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos e filhos de pais com baixa escolaridade era de 49,3, por mil nascidos vivos, essa porcentagem é 2,5 vezes maior do que nos casos de pais que tinha no mínimo oito anos de estudos.

As faltas de vigor entre os laços de coesão sociais determinadas pelas iniquidades de renda

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

correspondem a baixos níveis de capital social e de participação política. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em programas sociais, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

O Brasil apresenta graves percentuais de desigualdade na distribuição de renda, existem famílias muito ricas, mas também existe a maior parte da população em situação de pobreza e em alguns casos até pobreza extrema, com mínimas condições de sobrevivência e baixo acesso aos serviços públicos de saúde.

Dados alarmantes mostram que apenas 20% da população mais rica do país apresenta uma renda de 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que dois Dólares por dia.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. De acordo com Álvaro Ruiz⁷, “esse método compreende a leitura, a seleção, o fichamento e o arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto”.

COLETAS DE DADOS

Nesse contexto, para a elaboração do presente estudo buscou se nos principais bancos de dados científicos públicos, sendo eles: Scielo, Google Acadêmico e Medline. Por estudos de caráter científico referente ao tema desigualdade social e iniquidade em saúde, logo os melhores trabalhos foram selecionados através da leitura dos resumos, efetuou se o download na integra dos trabalhos mais pertinentes ao tema, e fora efetuada uma revisão destacando os principais pontos de cada trabalho.

ANÁLISES DOS DADOS

Após a leitura e fichamento das leituras, foi iniciado o processo de análise. As ideias foram organizadas e agrupadas frente ao objetivo proposto, levantando o ponto comum sobre o tema, associando-os em itens de forma a abordarem características das desigualdades e iniquidade em saúde. Foram analisados materiais publicados no período de 2010 á 2017, sendo que foram selecionados 17 artigos, entretanto por motivos de conveniência somente nove foram utilizados neste estudo.

DESIGUALDADE SOCIAL E INIQUIDADE EM SAÚDE

Como apontam Marmot & Wilkinson, no século XX, muitos fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida e na queda de indicadores de mortalidade e morbidade, como a expansão de sistemas de proteção social e de estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população das sociedades democráticas e industrializadas.

Também é importante distinguir pobreza real e socialmente percebida. Muitas vezes, a distribuição desigual da riqueza pode ser agudizada sem que a percepção da sociedade seja modificada e vice-versa, lembrando que a pobreza também pode estar associada à falta de expectativa ou aos constrangimentos ligados à dificuldade de manter vínculos e laços sociais. Como analisa Peter Townsend, muitas famílias sente-se humilhadas por não cooperarem financeiramente com a Instituição religiosa da qual faz parte, não participam de momentos recreativos, fragilizando a convivência e criando um isolamento social, nesse sentido, para o autor as questões fazem parte da definição de pobreza assim como a fome ou a falta de moradia.

É notório o crescente debate sobre os perfis epidemiológicos no Brasil, entre diferentes grupos sociais e regionais relativas aos serviços de saúde no que se refere à competência instalada, ao financiamento dos programas, ao acesso e ao padrão de utilização. A discussão a respeito do

consumo de serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade entre os indivíduos que teriam as “mesmas necessidade de saúde” ou a equidade horizontal tem sido combinada à questão do tratamento desigual para indivíduos com necessidades distintas, definido como equidade vertical. (TRAVASSOS, 2002)

Para Nunes et al., um ato simples como o preenchimento inadequado da declaração de óbito e dos registros hospitalares, podem inviabilizar a produção de informação integrada sobre o panorama das iniquidades em saúde. Dados básicos como levantamento de renda e situação ocupacional na maioria das vezes não são apurados, dificultando o estudo mais rigoroso do impacto destas variáveis sociais no perfil sanitário da população. Por outro lado, a falta de investimentos em pesquisas longitudinais sobre a dinâmica de interação entre condições socioeconômicas e saúde fragiliza o alcance de referências mais consistentes para a ação pública voltada à garantia de equidade.

Como ressalta Braverman, a pesquisa e a exploração pública certamente não são suficientes para a redução das desigualdades em saúde, mas sem monitorar como as desigualdades entre os grupos mais e menos privilegiados socialmente são modificadas ao longo do tempo e sua relação com as políticas públicas, torna-se difícil garantir a responsabilização em relação aos diferentes efeitos das ações entre os segmentos. Neste sentido, o fortalecimento e a qualificação da

informação sobre desigualdades em saúde podem contribuir para a construção de cenários mais equitativos na área da saúde.

DESIGUALDADES SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM OS DIREITOS SOCIAIS (SAÚDE, EDUCAÇÃO, SEGURANÇA E TRABALHO).

Para Fleury (2012), Iniquidades sociais “são carências determinadas socialmente, que condicionam a existência de pessoas, grupos e populações, as quais são caracterizadas por desigualdade de acesso, ou ao não acesso, a bens materiais e imateriais, patrimônios humanos, responsáveis por proporcionarem um patamar de vida humana digna, e são resultantes da violação de direitos imputada pela ação do Estado, dos órgãos governamentais e pela omissão da sociedade civil.”.

A desigualdade em saúde pode ser conceituada como a diferença no acesso a fatores e a recursos que influenciam a saúde, os quais podem se alterar por situações e contextos sociais ou por meio de políticas públicas. Ainda para esse autor, determinantes sociais da saúde, indicadores sociais, culturais, econômicos, psicológicos e comportamentais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde, e seus fatores de risco na população têm sido marcados por iniquidades sociais e, em saúde, em nível das periferias urbano, localidades geográficas e culturais distantes dos centros urbanos de cidades grandes e médias, no Brasil. (GIDDENS, 2011).

Renda e educação aparecem como os representantes de colocação sociais mais utilizados nos estudos epidemiológicos e sociológicos. A

renda é um indicador forte de saúde, e muitas vezes os impactos de outras variáveis são mediados através dela. “As diferenças de condições de saúde existem em todos os níveis de renda, embora a renda crescente gere provavelmente retornos decrescentes de saúde” (Pellegrini, 2011).

Fatidicamente a renda cresce para um grupo em vantagem em oposição a outro grupo em desvantagem, e por menor que seja a diferença de renda, os impactos na saúde são dantescos. Ainda na análise de renda, ela pode variar, uma vez que os empregos são instáveis, devido a isso, a riqueza tem sido utilizada como recurso auxiliar a renda, uma vez que representa fonte de segurança econômica e poder.

Ainda de acordo Figueiredo a classificação social é um determinante fiel de saúde, e o efeito da posição social se dá sobre as condições materiais. Assim podemos concluir que a posição socioeconômica afeta na exposição e na vulnerabilidade dos grupos aos fatores de risco. Os que pertencem ao estrato socioeconômico superior, a manifestação da boa saúde se apresenta até bem tarde na vida, causando um efeito teto, ou seja, eles apresentam menos oportunidades de incremento na saúde média.

A melhor posição socioeconômica e assim de saúde para os estratos inferiores configuraria sociedades mais saudáveis. Desta maneira, podemos dizer que medidas de posição social, como o conceito sociológico de classe social,

podem abordar aspectos da desigualdade em saúde, que medidas convencionais de posição social, sem um embasamento teórico forte, não capturam.

DADOS QUE EVIDENCIAM DIVERGÊNCIAS NO ACESSO À SAÚDE

Os serviços de saúde no Brasil são representados pelos setores públicos, privado e de seguros privados e quando se fala em acesso a saúde, todo esse contexto deve ser levado em consideração.

O setor público representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo oferecer a equalização dos serviços de saúde gerando o acesso igualitário a todos os indivíduos, grupos e classes sociais, em contrapartida o setor privado é que composto pelos setores privado e de seguros privados, geram na sociedade uma fragmentação, uma vez que são prestados apenas mediante pagamentos, salientando a desigualdade e iniquidade no sistema de saúde e, assim, se mantendo longe do alcance do objetivo de equidade proposto pelo SUS.

De acordo o Manual para Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2013), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Ainda de acordo esse relatório, os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes

adultas são atribuíveis a tais condições. Pode-se dizer que em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens ou para mulheres e, principalmente, um grave problema para a classe socioeconômica mais baixa.

EXCLUSÃO SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM VULNERABILIDADE À SAÚDE

As OPAS define exclusão social como “um processo estrutural, multidimensional, que envolve a falta de recursos e oportunidades e a falta de pertencimento como um produto da ruptura dos laços sociais que permitem que os indivíduos integrem uma rede social”.

Yazbek (2012) relata que a persistência de grupos e pessoas em situação de exclusão social e pobreza, em determinados territórios, eleva os índices de vulnerabilidade social, com restrição ou difícil acesso de pessoas e grupos aos serviços e equipamentos públicos, aos recursos materiais e humanos, e a oportunidade de uma vida digna. O difícil acesso a indicadores básicos de vida como saúde, renda, trabalho, educação, habitação, transporte e mobilidade, cultura, lazer, meio ambiente sustentável e a redes de suporte social levam a persistirem iniquidades em saúde nesses territórios, ou seja, à presença de grupos que sofrem problemas de saúde e morte evitáveis, injustos e desnecessários. A exclusão em saúde constitui a negação ou restrição do direito de um indivíduo ou um grupo de satisfazer suas necessidades em saúde e pode acolher diferentes formas em função de fatores demográficos, culturais e socioeconômicos.

Pesquisas realizadas pela OMS identificaram que no Brasil a exclusão em saúde está fortemente relacionada com a pobreza, a marginalidade, a

discriminação racial e outras formas de exclusão relacionadas á características culturais, precariedade do emprego, subemprego e desemprego, isolamento geográfico, falta de acesso aos serviços públicos e baixo nível educacional das pessoas. Pobres, idosos, mulheres, crianças, grupos étnicos, trabalhadores informais, desempregados e subempregados e população rural, compõem o perfil de indivíduos e grupos vulneráveis a processos de exclusão nos sistemas de saúde, indicando que a exclusão em saúde repete o processo de exclusão social.

Entende-se que o próprio termo Saúde Pública expresso seu caráter político, sendo assim, sua prática deve levar a uma interferência na vida social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

No entanto, o que se presencia no atual contexto de gestão é um grande descaso das autoridades políticas do nosso país em relação às pessoas de maior necessidade financeira, por isso, devemos nos esforçar para que diminua o indicador de desigualdade.

CONCLUSÃO

Por fim, podemos concluir que o crescimento econômico tem proporcionado níveis extremos de desigualdade, que se torna incontentável em todos os meios, refletindo assim na expectativa de vida, na qualidade de vida da população e no acesso à saúde.

Assim, uma das razões mais aparentes para a explicação das relações entre desigualdade social e iniquidade em saúde é a maior vulnerabilidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e maior exposição aos fatores riscos tais como: esgoto, água não tratada, alimentos de baixa entre outros fatores que contribuem para o aparecimento de doenças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE NO BRASIL, 2011. Disponível em www.portalsaude.gov.br. Acesso em: 02 de março de 2017;

CAMARGO, Orson. "**Desigualdade social**"; *Brasil Escola*. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/classes-sociais.htm>. Acesso em 07 de março de 2017.

FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. (2011a), "Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 26, no 75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v54n1/01.pdf>. Acesso em: 02 de março de 2017.

FLEURY S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011;377(9779):1724-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000900033. Acesso em: 02 de março de 2017.

GIDDENS, A. Modernidade e identidade. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300013. Acesso em: 02 de março de 2017.

Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 1999.
Townsend P, Davidson N. The Black Report. London: Pelican Books; 1982. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000300016 Acesso em: 02 de março de 2017.

OPAS-BRASIL. o Manual para Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis construindo redes de atenção no SUS. Brasília. Ed. OPAS/OMS. 2013.

PELLEGRINI A Filho. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde. Cad Saúde Pública. 2011;27(11):2080-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tIng=pt . Acesso em: 02 de março de 2017.
Townsend P, Davidson N. The Black Report. London: Pelican Books; 1982.)

Travassos C, et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Pan-americana de Salud Pública. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000300016. Acesso em: 02 de março de 2017.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. *Temporalis*, ano III, n. 3, 2012 p. 33-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n2/02.pdf>. Acesso em : 02 de março de 2017.

ZIONI, F. Exclusão social: noção ou conceito? *Saúde e Sociedade*, v.15, n.3, p.15-29, set-dez, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000100002&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 02 de março de 2017.

Capítulo 3: DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE: SEGUNDA ANÁLISE

Lizarda Benedita Loureiro Lino*
Maria Vieira do Nascimento*
Mariana Cardoso Leite*
Raquel Emanuelle Marques da Silva*
Sueli Moreira de Souza Rocha*

RECORTE FILOSÓFICO E HISTÓRICO DO CONCEITO DE SAÚDE

No decorrer dos tempos vários filósofos e cientistas conceituaram saúde de alguma maneira, com intuito de direcionar e nos levar à refletir sobre as diferentes opiniões. Além de fornecer conhecimentos profundos e contextualizados de saúde a fim de aumentar as oportunidades de conhecimento para a enfermagem.

Desde Hipócrates (460 a 377 a. C.), já se trazia a ideia de que os estudos filosóficos não se coincidiavam com as ideias medicas para com os pacientes. Contudo na idade Média houve a ampliação do conhecimento medico mediante a farmacologia e cirurgia.

Hipócrates o pai da medicina Ocidental, propôs a ideia de que o processo saúde doença se dá pelo desequilíbrio dos humores. Já Platão dizia que o médico era o responsável pela descoberta do corpo e o filosofo a alma, onde a junção dos

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

conhecimentos resultava no equilíbrio do estado do doente. Mediante a ideia de que assim como o remédio e os alimentos restauram a força e a saúde, é preciso tornar o doente virtuoso através de conhecimentos e discursos, onde Galeno concorda com a ideia de Platão.

A partir do conhecimento medico inserido pelo pai da medicina, com os ideais hipocráticos se iniciou os estudos cirúrgicos. Entretanto na Europa foi negado qualquer tipo de estudo filosófico explicativo após a epidemia e a peste bubônica além da lepra. Só a partir dos séculos XIV e XVI passa se a ter a evolução acerca do conhecimento da vida e da morte, onde a evolução medica é bem observada pela intensa busca pelo conhecimento pelo corpo humano.

A saúde é vista como algo distante do campo do saber sistematizado, ou ainda como um conceito comum, ilusório e ao alcance de todos, já a doença, é conceituada como a ausência de saúde. No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças, fundadas na observação clínica e epidemiológica. Elementos de especulação foram criados devido a experiência acumulado por médicos sobre a origem de epidemias e do adoecimento do homem. O pai da medicina ambrosiana troche avanços importantes para o campo cirúrgico, no entanto insistia na explicação religiosa quando não conseguia uma explicação científica com verificação comprobatória.

COMPREENSÃO TEÓRICA DA SAÚDE/DOENÇA A PARTIR DO SÉCULO XVIII

No fim do século XVIII, resultante do intenso crescimento das estruturas urbanas na França manifestaram-se alguns dos elementos base para que se destaque a noção de higiene pública, a heterogeneidade dos territórios e o aparecimento do proletariado.

Com a situação de saúde dos indivíduos, a preocupação da classe burguesa fez com que alguns objetivos fossem traçados, como por exemplo, a medicalização das cidades, a organização dos cemitérios, o controle e estabelecimento de uma circulação de ar e distribuição de água e esgoto favoráveis para promover uma condição de vida estável.

Com a criação políticas sanitárias sobre a população proletária, fez com que já no século XIX se intensificasse a divisão do espaço urbano entre os ricos e pobres. A grande preocupação do momento era o controle das doenças dos pobres, para a garantia da mão de obra suficiente para o trabalho através de vários avanços técnicos e científicos efetivados na explicação das causas das doenças e para segurança da saúde dos ricos.

OS MODELOS DE CAUSALIDADE E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE/DOENÇA NOS SÉCULOS XIX E XX

A ampliação de pesquisas em microbiologia com o auxílio do microscópio, criação de inúmeros laboratórios e a intensificação de pesquisas acerca da relação entre bactérias e micro-organismos como causas das doenças, foi o grande marco do século XIX. Sendo reflexo deste avanço a intensa diminuição dos índices de mortalidade, resultante, essencialmente da mudança dos impactos de certas doenças sobre os indivíduos.

Assim: "Várias melhorias sanitárias e das condições de vida dos habitantes foram incentivadas, à medida que eram identificados os modos de transmissão e as formas de reprodução de vetores específicos" (BATISTELLA, 2007 p. 43).

Para Batistella (2007) a doença estava baseada na existência de apenas uma causa, ou agente. Uma concepção posterior, a multicausalidade, caracteriza-se pela atribuição da doença a múltiplos fatores de diferentes ordens. O desequilíbrio deste sistema, por conseguinte, resultaria na doença, de modo que esta compreensão possibilitou o desenvolvimento de barreiras para a evolução da doença (OLIVEIRA E EGRY, 2000). Causando várias críticas ao modo de pensar sobre saúde nesse período.

Por uma compreensão integralizada da saúde e da doença, requer uma busca sem subordinação dos aspectos que as envolvem. Seria

uma condição para uma nova forma de ver a saúde através do sujeito, do objeto, dos meios de trabalho e das formas de organização e práticas sociais, a criação de modelos interativos que compreendem tanto a saúde individual, quanto coletiva em todas as suas dimensões.

Diante de tal complexidade, na busca da produção deste conhecimento em saúde, é necessária a incorporação de conceitos e teorias de diferentes áreas, promovendo uma interdisciplinaridade. São aspectos muito importantes na formulação de uma discussão da saúde como processo coletivo e fato social, questões como a desigualdade e iniquidade em saúde, a justiça, o bem-estar, a liberdade e o desenvolvimento.

A COMPREENSÃO DA SAÚDE NA ATUALIDADE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde significa um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” e o artigo 196 da Constituição de 1998 dispõe que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Em relação ao debate sobre os parâmetros conceituais da saúde, o integrante de um grupo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Naomar Almeida Filho destaca a necessidade de alternativas para que a compreensão deste conceito ocorra, utilizando abordagens teóricas diferentes, tendo como objetivo principal desenvolver uma teoria geral da saúde. Ele utiliza: problema, fenômeno, medida, ideia, valor e campo de práticas para trabalhar a saúde.

O autor coloca a saúde como problema sendo uma questão filosófica, científica, tecnológica, política e prática. Sendo correto reconhecer estas instâncias tanto individualmente e biologicamente como coletivamente e socialmente.

Como fenômeno, a saúde introduz um processo que corresponde a desempenhos, funcionalidades, capacidades e percepções de indivíduos e grupos sociais.

Almeida Filho (2011) classifica três estratégias para que seja possível a compreensão de saúde como uma medida, sendo elas:

1. Tratamento quantitativo dos fenômenos da saúde: nem todos os sujeitos sadios, acham-se isentos da doença, e nem todos os isentos da doença são sadios. Logo, um sujeito pode apresentar limitações e incapacidades sem qualquer evidencia clínica de doença, sendo o estado de saúde um atributo multidimensional.

2. Epidemiologia: participação social, as capacidades físicas, funcionalidades, satisfação e percepção de bem-estar constituem as intervenções específicas para a medição das condições de saúde. Logo, para medir a saúde, busca-se uma combinação entre os componentes de vida e as impressões subjetivas dos indivíduos.

3. A saúde como um recurso econômico: é apresentada a partir de uma metodologia para medir a carga global da doença das populações. Por meio da criação do indicador Disability-AdjustedLife Years (DALY), esta abordagem busca medir a saúde através do tempo vivido com incapacidade e do tempo perdido devido à mortalidade prematura. Deste modo, percebe-se que este indicador, simultaneamente, trabalha com mortalidade no sentido de óbito precoce e morbidade a partir do grau e tempo de incapacidade resultante de uma patologia.

A saúde como ideia começa a ser discutida inicialmente por meio de teorias culturais da saúde, de acordo com Almeida Filho (2011) e sua

classificação geral da saúde. Saúde e doença são tratadas como narrativas naturais e culturais: “processos concretos de enfermidade parcialmente indeterminados, verdadeiro texto marcado por tramas de diferentes perspectivas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 86). A maior crítica é que continuam a trabalhar com a ideia negativa de saúde como ausência de enfermidade.

A saúde como valor, inicialmente propõe três tipos de valores específicos: valor de uso, valor de troca e valor de vida. Porém, é perceptível uma desigualdade em relação à distribuição destes valores na sociedade capitalista, reafirmando uma perversa estrutura social caracterizada por diversas iniquidades que geram as desigualdades em saúde.

Portanto, [...] a vida longa e plena, com qualidade e desempenho, produtiva e com satisfação, representam o ideal platônico da saúde como valor social e político que, numa sociedade estruturalmente desigual e injusta, implicaria disparidades de acesso, distribuição e controle de recursos, bens e serviços (ALMEIDA FILHO, 2011, p.90).

Almeida Filho (2011) finaliza sua classificação teórica com o campo de práticas, onde está compreende articulação de modelos de prevenção de riscos, doença e morte e a promoção da saúde individual e coletiva. Esta concepção referencia este campo de práticas, no qual ocorrem lançamentos sobre conhecimentos e operações tecnológicas ancoradas em redes e instituições que

buscam reproduzir estes saberes e a produção de práticas para a saúde.

Um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), assume grande importância no debate sobre os parâmetros conceituais da saúde. Almeida Filho (2011), ressalta a necessidade de modos alternativos para a compreensão deste conceito a partir de diferentes abordagens teóricas, na tentativa de desenvolver uma teoria geral da saúde. A saúde, é trabalhada por ele como problema, fenômeno, medida, ideia, valor e campo de práticas. Como destaca pelo autor, a saúde é uma questão filosófica, científica, tecnológica, política e prática. Que de tal modo, deve ser reconhecida por estas instâncias não apenas do ponto de vista individual e biológico, mas na perspectiva coletiva e social.

DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE: PERSPECTIVAS TEÓRICAS

A relação entre os requisitos do desenvolvimento e do equilíbrio social, com as desigualdades e desproporcionalidade na saúde abrange muito mais do que prevenir e tratar as doenças. Tratar o indivíduo de acordo com sua necessidade e com justiça social demonstra claramente que as ações são mais correspondidas no seu tratamento e cuidado em saúde. Desta forma a população é um determinante social de justiça para as oportunidades a se ter o acesso à saúde

Entretanto os direitos humanos se vinculam ao conhecimento de justiça de forma multilateral, não deixando de lado seu conceito geral. Assim o conhecimento de justiça contrapõe da moral de valores onde se apresenta legalmente dentro da ética atual. Portanto é necessária a compreensão do papel institucional à qual promove justiça, e da individualidade do indivíduo onde suas escolhas e opiniões são preservadas tornando assim justas e com menos desigualdade.

A sociedade priva a liberdade e a escolha para seu interesse da minoria para atender a satisfação da maioria impugnando assim a justiça social. Ou seja, as condições da própria pessoa que diferenciam dos demais indivíduos, seus direitos seriam submetidos pelos interesses coletivos onde na realidade os preceitos éticos

refletem a realidade da proteção social e ao bem estar coletivo.

A preocupação ética se atrela ao avanço do pensamento onde para o julgamento moral, a ampliação da individualidade de liberdade, indo além da utilidade das questões, por exemplo a distribuição de renda e recursos, para chegar a uma ideia de justiça social que considere a liberdade dos indivíduos caracterizada tanto pela experiência concreta de oportunidades de escolha individual, quanto pela existência de decisões públicas que respeitem essa liberdade.

Para a efetivação da justiça social as instituições assumem um papel de protagonistas, visto que para a ordem social quanto à minimização das desigualdades sociais e ampliação das liberdades individuais através da proteção social há uma limitação para a sua efetivação. Constatando-se que a +desigualdade social e natural, precisa se da superação igual para a efetivação da justiça social.

Estando qualquer indivíduo em uma situação contrária a de sua vontade, comprometendo seu bem estar sua proteção social será garantida, com objetivo de garantir sua igualdade no exercício dos direitos e oportunidades. Entretanto a idade, qualidades físicas, saúde, entre outras, serão consideradas para o entendimento das desigualdades que se contrariam a justiça social. Assim decorrente da proteção social o indivíduo passa a ter igualdade nas liberdades básicas promovidas pela proteção social, como por

exemplo, distribuição de renda, educação, acesso a serviços de saúde e moradia, este, também precisará dispor de capacidades para exercer respectiva liberdade. Logo, para analisar a justiça social, é necessário o reconhecimento tanto das condições sociais, quanto do próprio agente individual no sentido das suas competências e opções de escolha.

A contribuição da instituição serve para subsidiar as liberdades mediante do atendimento das necessidades dos indivíduos, ocasionando o desenvolvimento, quanto fortalece e promove uma liberdade constitutiva caracterizada pela possibilidade de oportunidades e escolhas.

A capacidade do indivíduo está ligado ao desenvolvimento onde o pode influenciar as políticas públicas e programas. Trata-se de uma ideia que considera também o papel que o indivíduo pode desenvolver na busca da efetivação das suas liberdades através das capacidades.

Ressalta-se que as diferentes liberdades interdependem, onde a liberdade política passa a ser fortalecedora de outros tipos de liberdades no processo de desenvolvimento. Logo, o processo sendo complexo é visto a partir da relação entre o papel das instituições no atendimento das necessidades da população e as próprias liberdades de escolha dos indivíduos asseguradas pelas suas capacidades.

Frente a esse contexto, para a compreensão da saúde não se pode indicá-la como mais um elemento da proteção social, mas sim como

processo central da justiça social na medida em que não há desenvolvimento sem saúde. Sendo assim as escolhas humanas possibilitadas a partir da saúde fundamental, a impossibilidade de ignorar o papel que ela desempenha na ascensão das liberdades e da própria justiça social. Precisa-se enfatizar que a análise dos fatores são o que determinam as condições de saúde vivenciadas coletivamente.

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE, O DESENVOLVIMENTO E A JUSTIÇA SOCIAL

A proteção, prevenção, recuperação e promoção são o resultado das ações institucionais de saúde, denominada de liberdades substantivas. Não se pode pensar na saúde de forma exclusiva sem levar em conta os outros arranjos sociais, pois o indivíduo tem suas próprias formas de escolhas.

No processo social em saúde se vincula a desigualdade em saúde nos grupos de distintas posições sociais, na justiça social incorporando dimensões quanto a divisão desigual dos recursos e bens, sendo assim favorecem de forma opostas a saúde a todos.

A desigualdade social em saúde está sendo tentado a ser definido de maneira mais específica, absolutas e relativas são diferença a ser tratada. São atribuídas as condições de saúde na diferença absoluta diretamente na situação de pobreza. A organização social tem o seu próprio resultado e assim que interpreta a diferença relativa com relação a desigualdades em saúde.

Nos mesmos grupos socioeconômico e possível pensar nas diferenças próprias quanto as condições de cada indivíduos. Seguindo esta perspectiva, propõem três dimensões para a análise das desigualdades sociais em saúde, mantendo assim articuladas. Macrossocial está sendo a primeira, na distribuição de renda, sendo a característica de ações do estado com distribuição de renda, emprego, urbanização dentre outros. Na

sequência, nos fatores relativos a organização social temos a dimensão intermediária com as respostas das instituições, coesão, capacitações, confiança que dificultam ou facilitam o avanço da social.

Nesse sentido, as desigualdades injustas, passam a ser objeto de intensas investigações. É a partir de então que se atravessa uma discussão acerca do conceito de iniquidade que vai além de uma desigualdade em saúde.

Considerando as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a uma intervenção contra a iniquidade sobre a situação de luta, ao se falar em saúde coletiva a equidade passa a ser o grande princípio doutrinário. Neste momento o indivíduo passa a favorecido a uma igualdade justa no sentido de mediação entre as muitas necessidades e liberdades.

A equidade é especialista como um conceito associado à própria igualdade, sendo reconhecida como uma justiça efetiva que adquiri sentido no campo político na grandeza em que se concretiza no processo de produção das políticas públicas de saúde e das políticas públicas Inter setoriais que podem ter impactos sobre os determinantes sociais da saúde.

A explicação dos determinantes sociais das desigualdades e iniquidades em saúde, parte-se da suspeita de que os indicadores socioeconômicos são falhos, mas não irrelevante, e que de igual modo, as relações e comportamentos dos

indivíduos devem ser qualificado nesses processos de apurado.

OS DETERMINANTES SOCIAIS DAS DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE

Os fatores sociais são entendidos por determinantes sociais em saúde que são étnico-raciais, psicológicos, econômicos, culturais que acomodam uma dada situação de saúde. A OMS, por sua vez, associa estes princípios diretamente às condições de vida e trabalho dos indivíduos, que podem ser modificados por meio de ações que favorecem a saúde em todas as suas dimensões, o grande estímulo dos estudos que associam a saúde aos determinantes sociais é a identificação da ordem de interferência das desiguais extensões sociais sobre a saúde.

O fortalecimento dos indivíduos representa a força do nível individual, o segundo se relaciona com a coesão social através das relações de solidariedade e força entre as pessoas e grupos, o que na prática, interfere decisivamente na promoção a saúde individual e coletiva, o terceiro nível está voltado às condições de vida e trabalho próprio acerca das políticas que garantem as necessidades da população, como saúde, educação, saneamento básico, e por fim o quarto e último nível têm haver com a estrutura macroeconômica e cultural quanto à redução das desigualdades e seus efeitos sobre a sociedade, incluindo a política econômica, o mercado de trabalho, o fortalecimento de valores culturais e a cuidado ambiental.

Atendendo uma demanda internacional aqui no Brasil, no ano de 2006, 25 foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde que teve como objetivo apresentar recomendações concretas de políticas, programas e ações para o combate as iniquidades de saúde formadas pelos determinantes sociais no território nacional.

É específico que os determinantes em saúde, tem um problema político e social, surge à necessidade de destacar a categoria do território para a compreensão de como se ordenam e se determinam as políticas, programas e ações de saúde na produção das desigualdades e iniquidades.

REFERÊNCIAS

Silva Filho, Antonio Pereira Cardoso da.
Desigualdades e iniquidades em saúde e a interface com o desenvolvimento: um estudo dos territórios de saúde em Campina Grande – PB.
2016. Disponível em
<http://tede.bc.uepb.edu.br/tede/jspui/handle/tede/2425>
acesso em: 27 de fevereiro de 2017.

Capítulo 4: POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A ÁREA DA SAÚDE, DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO

Amanda Santos Pereira*
Ana Paula N. Maciel*
Dainane Vais de Souza*
Gabryelle Ferreira da Costa*
Luana Pereira dos Santos*
Luciene Batista da Silva*
Suellen Medeiros dos Santos*

No Brasil a assistência social configura uma política de proteção social, com isso garante aos excluídos da sociedade direitos e proteção. Na realidade brasileira a política de assistência social tem um olhar inovador, com percepção de ajudar e inserir a parte da população que se tornou invisível aos olhos de muitos por causa da desigualdade social e a partir daí existe alguns pontos importantes; o de proteção social, que conjectura-se saber os riscos, as inseguranças sociais a que os indivíduos estão sujeitos, assim as providências para se terem um menor impacto social a pessoa. Presume-se que todos os perigos são de conhecimento, as oportunidades de encará-los são reconhecidos, o determinante social proporciona independência ao indivíduo de famílias. Uma análise situacional que entenda a sociedade tenha carências, também

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

intelecto que devem ser avançados para sua própria autonomia.

Na construção de programas de políticas públicas sociais, na assistência social, precisamos rever algumas vertentes; os indivíduos e as famílias. A política social traz mais proteção a sociedade e inclusão dos mesmos nos programas de políticas públicas. A política nacional de assistência social, tem a visão socioterritorial, com isso mais de 5.500 municípios brasileiros são tidos com itens de análise e compreensão, pois se trata de programas públicos e sua atuação e desenvolvimento se faz no territórios. Ao operar no territórios, barra-se na realidade vivida por essa população excluída, com isso se torna visível esse setor da sociedade em situação de rua, indivíduos em guerra com a justiça, os povos indígenas, quilombolas, deficientes e pessoas da meia idade. Com base em vários indicadores; demográficos de 2000, sociais de 2003, elaboração da PNAD de 2002, IBGE, o Atlas de Desenvolvimento Humano 2002, tendo a política de assistência social, atribuindo a importância sócio familiar no âmbito de suas idéias, vale ressaltar a atividade populacional e socioeconômica ligados aos métodos de restrição/inclusão social, fraqueza aos perigos pessoais encontrado em todo o território nacional. No Brasil as desigualdades sociais mostram-se em todos os municípios brasileiros, se faz necessário intervenções dos programas de assistência social para melhorar a qualidade de vida desses cidadãos.

Com essa análise situacional compreende algumas características desse mundo com mais de 5.500 municípios brasileiros, os grupos que são divididos dessa maneira:

- Municípios pequenos 1: com população até 20.000 habitantes.
- Municípios pequenos 2: com população entre 20.001 a 50.000 habitantes.
- Municípios médios: com população entre 50.001 a 100.000 habitantes.
- Municípios grandes: com população entre 100.001 a 900.000 habitantes.
- Metrópoles: com população superior a 900.000 habitantes.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Um dos grandes indicadores para a política de assistência social é a dinâmica social, tendo como base o processo econômico estrutural que atua na valorização do solo em todo o território nacional, evidenciando a alta taxa de urbanização dos municípios de grande e médio porte e de suas metrópoles. Os últimos territórios urbanos passarão por importantes processos de precariedade de vida, ou seja, houve aumento do desemprego acarretando violência, exclusão social e vulnerabilidade de todos os indivíduos.

A PNAS (Política Nacional de Assistência Social) torna os municípios brasileiros, as metrópoles caracterizadas como cidade com mais de 900 mil habitantes, sendo contada em 15 cidades correspondendo a 20% total da população brasileira, vale ressaltar também que os outros 20% dos que moram no conjunto de 4.020 municípios considerados pequenos representam também a população brasileira. Pode-se dizer que somando junto 40% de toda a população que vivem em realidades diferentes do ponto de vista da concentração populacional, porém vivem em situações vulneráveis e riscos sociais iguais, marcados pela ausência do estado. O pequeno município caracteriza-se por moradores vivendo em áreas rurais (45% da população), e as metrópoles pela desigualdade interna, privilegiando apenas alguns territórios em especial área de fronteira e proteção manancial.

A análise demográfica por município deve seguir a tendência de urbanização na média das regiões brasileiras e sua distribuição por município apresenta comportamentos diferenciados, considerando todo o porte populacional. Os municípios de pequeno porte são representados por até 20 mil habitantes representam 45% que são os rurais, vale lembrar que esses municípios representam 73% dos municípios brasileiros, ou seja, grande parte da população brasileira e considerada como pequeno porte. Em contraponto apenas 3% da população reside em zona rural e os outros 97% em zona urbana. Essas diferenças demográficas apontam necessidade de os Centros de Referência de Assistência Social, considerarem as dinâmicas internas de cada município de sua concentração popular associadas às condições socioeconômicas.

Nota-se que o crescimento populacional vem diminuindo desde a década de 70, a taxa de natalidade que caiu de 2,7 para 2,4 filhos por mulheres em período fértil. Com esse índice baixo da taxa de natalidade é possível observar mudanças como: a composição da faixa etária brasileira, como estreitamento da base da pirâmide etária, com a redução do contingente de crianças e adolescentes até 14 anos e o alargamento do topo, com o aumento da população idosa.

O Brasil tem um dos maiores índices de desigualdade no mundo, de acordo com o Instituto de Pesquisas Aplicadas-IPEA, em 2002, os 50% mais pobres detinham 14,4% do rendimento e o 1% mais ricos, 13,5% do rendimento. Tornando concreta essa

desigualdade em territórios internos (bairros, distritos, áreas censitárias ou de planejamento), cotidiano das cidades e condições de vida também desiguais. Considerando as medidas de pobreza (renda per capita inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo) e indigência (renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo) pelo conjunto dos municípios brasileiros, é possível observar as diferenças de concentração da renda entre os municípios, o que evidencia a necessidade de conjugar os indicadores de renda a outros relativos às condições de vida de cada localidade.

São perceptíveis os termos percentuais, os municípios pequenos concentram mais população em condição de pobreza e indigência do que os municípios médios, grandes ou metrópoles. A partir do ponto de vista da concentração absoluta, as diferenças diminuem, mas os pequenos municípios em seu total terminam também concentrando mais essa população. É possível considerar que essa população se nos distribui mais de 4.000 municípios, termina ocorrendo uma grande perda de concentração, invertendo o grau de concentração da população em indigência pobreza, caindo sobre os grandes municípios e as metrópoles.

A FAMÍLIA E INDIVÍDUOS

Ao longo dos anos a família brasileira vem sofrendo uma grande mudança, uma delas é a renda familiar. Comparando com anos anteriores até 2002 foi observado um aumento de 30% das mulheres que ajudam na renda familiar.

No ano de 1992, a mulher era vista como referência para cerca de 22% das brasileiras, em 2002, aumentaram seu nível de referência para aproximadamente 29% das famílias. Mas esse aumento ocorreu diferente em algumas regiões do Brasil e teve significância maior nas regiões metropolitanas, com exemplo Salvador que teve 42,2% e, no outro, o Mato Grosso, com 21,9% como a mulher referência na renda familiar.

PROTEÇÃO INTEGRAL CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS

A renda per capita das famílias brasileiras com crianças corresponde a 62,6% o número cuja renda é de aproximadamente 01 (um) salário mínimo e 36,3% das famílias têm rendimento de até meio salário mínimo. A desigualdade entre ricos e pobres era menor, a faixa etária referente ao ensino fundamental corresponde às crianças de 07 a 14 anos. A taxa de escolarização era de 93,2% para as crianças das famílias mais pobres e de 99,7% para as crianças das famílias mais ricas. Analisando de outra forma, crianças de 07 a 14 anos que moram em municípios com até 100.000 habitantes tem taxa entre 7% e 8% fora da escola, já nas metrópoles ou nos grandes municípios o percentual varia entre 2% e 4%.

O rendimento familiar per capita é uma média considerada importante e de grande influência na diminuição do rendimento escolar. Devido a média dos estudos dos mais pobres entre 25 anos ou mais que em 2002 era de 3,4 anos e de 10,3 anos de estudo entre os mais ricos. Segundo o mesmo indicador a defasagem escolar varia pelo tamanho dos municípios, tendo maior ocorrência nos municípios menores, onde a média de anos de estudo fica em 4 anos, e nos municípios maiores ou metrópoles a média de anos de estudo aumenta de 6 a quase 8 anos. Assim concluído que além da renda, o tamanho dos municípios também pode influenciar no rendimento escolar.

TRABALHO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Em 2002, dos 5,4 milhões de crianças e adolescentes brasileiros, estamos em atividades não remunerada 41,8% desempregados 36,1%, trabalhadores domésticos 9%, que trabalhavam por conta própria 6,7%, e encontravam-se empregados apenas 0,1%. Apresentavam um maior índice de atividades não remuneradas para crianças e adolescentes na região do Nordeste e no Sul atingindo 56,5% e 47,5% aproximadamente.

No Sudoeste, Centro-Oeste e Norte, as crianças e adolescentes empregados representavam maior incidência chegando a, 54,6%, 50,9 e 38,6%, aproximadamente.

As crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade trabalhavam em casa e era mais frequente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul deste, com taxas acima da média nacional, 18,6%, 12,6% e 9,7%, aproximadamente. Em 2002, 25,1% das crianças e adolescentes brasileiras eram trabalhadores domésticos no estado de Roraima. No Amapá eram 23,5% e no Pará 19,6%. Entre as regiões metropolitanas, a de Belém se destaca com 22,6% de crianças e adolescentes trabalhadores domésticos.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Nos últimos anos o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras vem sendo mudado, com o aumento de gravidezes em mulheres mais jovens. Chama a atenção o aumento do índice de mães com idades abaixo dos 20 anos. Esse aumento é observado tanto na faixa de 15 a 19 anos de idade como na de 10 a 14 anos de idade da mãe. A mortalidade materna infantil é considerada de alto risco na gravidez precoce.

Em observância às adolescentes mães entre 15 e 17 anos no Brasil, a distância entre o tamanho da base territorial dos municípios não terem tanta relevância, varia de 7% a 9% do total dessa faixa etária.

Do ponto de vista percentual, a distância entre os tamanhos dos municípios aparenta não ser significativa quanto à concentração de adolescentes mães entre 15 a 17 anos no Brasil, variando entre 7% a 9% do total dessa faixa etária. Mas passa ser bem diferente em concentração absoluta distribuída pelo grupo populacional e total de municípios, aumentando 200 vezes a presença de jovens mães nas metrópoles comparando aos municípios menores (até 20.000 a 50.000 habitantes) apresentando quatro vezes o número de adolescentes mães do que observado pelo o primeiro grupo de municípios menores (até 20.000 habitantes).

IDOSOS

Conforme pesquisado pela PNAD-2002 o total de idosos com idade igual ou maior a 60 anos correspondia a 16 milhões de pessoas, o que correspondia 9,3% do total de brasileiros. A qualidade de vida das pessoas têm melhorado muito nos últimos tempos, e com isso a expectativa de vida também aumenta. Estudos apontam que em 2020 a população será composta por 25 milhões de idosos, que corresponde a 11,4% da população total. Esse extraordinário aumento induz a uma preocupação em realizar mudanças nas políticas públicas, saúde, previdência e assistência social, para que evite danos maiores a população.

A distribuição dessa população idosa nos municípios possui uma média de 6%. Gerando em média de 545 idosos nos municípios pequenos e até 149.000 nas metrópoles.

No ano de 2002, grande parte dos idosos era aposentados ou pensionistas 77,7%, dos que trabalham 30,4% e 64,6 atuavam sendo como principal renda e 12,1 moravam sozinhos.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Segundo informações da publicação do “Retratos da Deficiência no Brasil”, no ano de 2003 pelo Centro de Políticas Sociais do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas e baseado em informações do censo demográfico de 2000. O Brasil possuía em torno de 24,6 milhões de pessoas com alguma deficiência (14,48%) do total da população. Ficando no ranking o Nordeste com 16,8% e o menor foi a região Sudeste 13,6%.

Esse censo foi detalhadamente elaborado, levando em consideração diversos graus de severidade das deficiências.

Foi observado que as deficiências em geral tem relação quanto ao ciclo de vida, as incapacidades com relação a doenças mentais, paraplegias a as mutilações aos problemas de nascença, acidentes e violência urbana, sendo sua prevalência entre homens jovens.

Conforme o censo de 2000 a população que estava abaixo da linha de pobreza e detinham renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo era de 30,02% da população.

INVESTIMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NA ESFERA PÚBLICA

O Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS, transferiu para os municípios R\$ 1 bilhão, conforme informado pelo Tesouro Nacional em 2002. Totalizando R\$ 9,9 bilhões de recursos públicos classificados na função orçamentária.

Dos R\$ 800 milhões de recursos recebidos do FNAS, os estados e o Distrito Federal declararam ter gasto R\$ 2,2 bilhões.

Os gastos com a assistência social em 2002 e 2003 teve uma variância de 49,3% para 53,6% de ampliação da União; redução de 19,7% para 17,5% da Unidades da Federação e os Municípios de 31% em 2002 para 28,4 % em 2003, em média.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome, deve-se ressaltar uma constatação, fruto da análise dos balanços orçamentários dos entes federados enviados á secretaria do Tesouro Nacional –STN, referente á discriminação das Receitas orçamentárias: os entes federados devem declarar uma Receita denominada “Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Assistência Social”.

De acordo com a análise dos balanços orçamentários as pessoas devem declarar a receita. Segundo o M.D.S (Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome)20017.

Ainda a esse respeito nos diz que tais benefícios tem seu custeio praticamente mantido com Receitas advindas da contribuição para financiamento

da seguridade social – COFINS (que representa cerca de 90,28% do total do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social no exercício de 2004).

Segundo as pesquisas do Ministério do Desenvolvimento Social e combate á fome 2017, o benefício de prestação continuada e a renda mensal vitalícia (benefício configurado como direito adquirido a ser mantido pela assistência social até o momento de sua extinção 7) tem participação expressiva no total desses orçamentos, representando cerca de 88% em 2004 e 87% em 2005.

A pesquisa LOAS + 10 também revela que os Estados e Municípios alocam recursos próprios nas ações dessa política, em conformidade com as informações do Tesouro Nacional, os resultado dessa pesquisa apontam que a maioria tem recursos oriundos do orçamento próprio e do Fundo Nacional de Assistência Social apesar de não ser frequente o repasse de seus orçamentos próprios para os respectivos fundos.

Segundo a pesquisa Loas + 10 apontam que a maioria dos Estados , Distrito Federal e Municípios tem recursos e orçamentos próprio e do Fundo Nacional de Assistência Social.

POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

De acordo com a constituição da LOAS, “a assistência social, direito do cidadão e dever do estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que tem com base o empenho na capacidade de inclusão daqueles que vivem em vulnerabilidade social, concretizado por meio de projeto público e da sociedade, visando assim assegurar o atendimento às necessidades básicas”.

Em 1998 a Constituição Federal apresenta um novo projeto para a Assistência Social Brasileira. Incluída na área de seguridade social e regulamentada pela Lei Orgânica Social – LOAS. Em 1993, como política social pública, a assistência social estreia para um novo padrão: espaço aos direitos, universalização dos acessos e dever estatal.

A Lei Orgânica da assistência social inicia um novo modelo original para a política de assistência social, buscando o bem estar social brasileiro, adaptando juntamente com o triângulo: Saúde, Seguridade Social e Previdência Social.

A publicação na seguridade social aponta, também, para seu caráter de política de proteção sócias articulada a outras políticas do campo social, focalizada a garantia de direitos e de condições dignas de vida. De acordo com Di Giovanini (1998:10), as Proteções sociais são formas “institucionalizadas que as sociedades formam para proteger parte ou conjunto de seus membros. Tais sistemas dependem de certas mudanças na vida natural ou social como a velhice, a doença, a

infelicidade. As privações, assim como a distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como a sabedoria) que permitirão a sobrevivência reguladora e as normas que com o objetivo de proteção, fazem parte da vida das coletividades. Contudo a assistência social configura-se como possibilidade de reconhecimento pública da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo”.

A proteção Social deve penhorar as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência, de acolhida, de convívio ou conhecimento familiar. A segurança de rendimentos não é uma recompensa do valor do salário mínimo inapropriado, mas a segurança de que todos tenham em forma monetária de garantir sua sobrevivência independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego.

É o caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias grandes, famílias em vulnerabilidade social. Por segurança da acolhida, compreende-se como uma das seguranças primordiais da política de assistência social. Ela assegura com a provisão de necessidades humanas que inicia com os direitos à alimentação, ao vestuário e a moradia, devido à vida humana em sociedade. É factício que alguns cidadãos não conseguem a autonomia destas provisões básicas pela idade, por alguma deficiência física ou restrição de saúde física ou mental. Outro fator é a necessidade de exclusão da família ou parentela por vários fatores como violência familiar ou social, vícios, desemprego por

muito tempo ou criminalidade. Podem ser também por imprevistos naturais, além da destituição e abandono.

A segurança familiar ou a segurança do convívio é uma das obrigações a ser preenchida pela política de assistência social. Isto resulta na não aceitação de reclusão, de perda e das relações, é natural o comportamento gregário. É no convívio que o ser cria sua identidade e reconhece sua subjetividade. A dimensão societária da vida acrescenta processos civilizatórios. As barreiras relacionais criadas por qualquer motivo que seja estão no campo do convívio humano.

A Política de Assistência Social configura-se para assegurar responsabilidades de estado aos cidadãos brasileiros. Voltada para que o caráter seja assegurado aos direitos sociais. A LOAS obriga que suas provisões sejam erroneamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado garantindo direitos e acesso universal de programas e projetos sob sua responsabilidade.

PRINCÍPIOS

De acordo com o disposto na LOAS, capítulo II, seção I, artigo 4º, a Política Nacional de Assistência Social denomina-se pelos seguintes princípios democráticos:

- I. Prioridade dos atendimentos às necessidades sociais sobre as pretensões de rendimento econômico.
- II. Globalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário ciente da ação assistencial acessível pelas demais políticas públicas.
- III. Respeito á dignidade do cidadão, á sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como á convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade.
- IV. Uniformidade de direitos no acesso ao atendimento, sem desigualdade de qualquer natureza, assegurando equivalência ás populações urbanas e rurais.
- V. Publicação total dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, assem como dos recursos oferecidos pelo poder Público e dos preceitos para sua aceitação.

DIRETRIZES

A organização da Assistência Social é fundamentada por diretrizes, baseadas na Constituição Federal de 1988 e na LOAS.

1. Através disso essas diretrizes tem como intuito desconcentrar o poder da criação de leis que antes só cabia a políticas-administrativas e com isso a coordenação e as regras gerais passam a ser supervisionado pela esfera federal, já para realizar a execução dos projetos do programa com a esfera estadual.

2. Neste ponto a população é representada por meio de organizações representativas que tem como base a formulação das políticas e o controle das ações.

3. Com isso a precedência de obrigação passa a ser do estado que vai gerenciar a assistência social em cada esfera de governo.

4. Através de termos mais qualidade no julgamento e efetivação dos serviços e programas e projetos a serem desenvolvidos.

OBJETIVO

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para as famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem. Com isso eles devem contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, através da ampliação do acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural. E assim assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária.

USUÁRIOS

A política de assistência social visa cidadãos e grupos que se encontram em situações de insegurança e riscos: Isso envolve famílias e indivíduos com perdas de vínculo afetivo. Com isso assegurar que os grupos de indivíduos em situações precárias e na inserção no mercado de trabalho, gerando assim estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco para o social ou para o pessoal.

ASSISTÊNCIA SOCIAL E AS PROTEÇÕES AFINÇADAS: PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Através disso prevê o aumento do serviço e dos programas através dos projetos locais e acolhimento, da convivência e da socialização com as famílias conforme a fragilidade apresentada. O planejamento proposto pelo sistema união de assistência social é desenvolvido pelas três instâncias de governo através disso de destaca o Programa de atenção á família.

O BPC é uma espécie de ajuda mensal que é paga a pessoas idosas a partir de 65 anos e deficientes físicos, o valor de 01 (um) salário mínimo. Já na evolução da política nacional de assistência social tem como objetivo melhorar as questões de acesso a permissão visando assim uma melhor e mais adequada expansão, através disso garantirá em melhor universalidade.

Tem ainda como desafio pautar a questão da independência do usuário no aproveitamento do benefício, visando assim enfrentar os problemas com a questão de sua apropriação pelas entidades privadas e abrigos.

Tais problemas somente serão enfrentados com um sistema de controle e avaliação que inclua necessariamente Estados, Distrito Federal,

Municípios, conselhos de assistência social e o Ministério Público.

Hoje os benefícios eventuais são ofertados em todos os Municípios, em geral com recursos próprios ou da esfera estadual e do Distrito Federal, sendo necessária sua regulamentação mediante definição de critérios e prazos em âmbito nacional. Os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial. Deverão, ainda, se articular aos serviços de proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários. Os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e em outras unidades básicas de públicas de assistência social bem como de forma indireta nas entidades de organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS.

CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E OS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO BÁSICA

O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, que se localiza em áreas com vulnerabilidades sociais, com atendimento total de até 1.000 famílias/ano. Realizando serviços de proteção social básica, organização e coordenação da rede de

serviços socioassistenciais local da política de assistência social.

Atende famílias e indivíduos comunitariamente, priorizando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. É responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Promovendo o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, informando e orientando a população de sua área de abrangência.

É realizada orientação do gestor municipal de assistência social mapeando a organização socioassistencial de proteção básica, promovendo a inserção das famílias nos serviços de assistência social local, encaminhando-os para as políticas públicas e sociais conforme a necessidade de cada família evitando assim a vulnerabilidade e direitos violados dessas famílias.

Os serviços de proteção básica de assistência social promovem o fortalecimento da família como centro de referência, aumentando assim os vínculos internos e externos de solidariedade para a convivência, socialização e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É capaz de promover também a inserção no mercado de trabalho através do Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de Inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; Centros de convivência para idosos; Ações que estimulem vínculo familiar para crianças de 0 a 6 anos, ações socioeducativas para crianças, adolescentes e jovens de 6 a 24 anos; Programas de incentivo juvenil e Centros de

informação e educação para o trabalho voltado para jovens e adultos.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

As dificuldades em fazer cumprir as funções de proteção básica, socialização e mediação, enfraquecem a identidade familiar e com isso tornam-se mais vulneráveis seus vínculos simbólicos e afetivos. É preciso compreendê-las em seu contexto cultural para então promover a participação social, promovendo assim seu acesso a serviços de apoio e sobrevivência até sua inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade.

A proteção social deve enfatizar a reestruturação dos serviços de abrigo dos indivíduos que por algum motivo não possuem proteção e cuidado de suas famílias.

É voltada para a população e situação de rua e abandono, priorizando assim serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida estimulando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira enquanto sujeitos de direito.

Possui interface com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações de Executivo.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Esse tipo de serviço é oferecido para indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados, mas que não perderam vínculo familiar e comunitário. É preciso uma maior estruturação técnico operacional atenção especializada e individualizada, como: serviço de orientação e apoio sociofamiliar; cuidado no Domicílio; PSC e Liberdade Assistida (LA); é um atendimento direcionado às situações e violação de direitos.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Garante proteção integral como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que estão sem referência ou situação de ameaça e que precisam se retiradas do seu meio familiar ou meio social, como:

- Atendimento Integral Institucional.
- Casa Lar.
- Republica.
- Casa de Passagem.
- Albergue.
- Família Substituta.
- Família Acolhedora.
- Medidas socioeducativas restritivas e privadas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada).
- Trabalho protegido.

REFERÊNCIAS

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. MDS. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/>. Acesso em: 04/03/2017.

Capítulo 5: POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A ÁREA DA SAÚDE, DA ALIMENTAÇÃO E DA NUTRIÇÃO: SEGUNDA ANÁLISE

Kelly Cristina Oliveira Silva*
Thayna de Assis Moreira*
Bruna Selene Pires Silva*
Mikaele Kimbely de Oliveira Alves*

A política Nacional de Assistência Social– PNAS busca colocar em pratica o papel da responsabilidade política, com o objetivo de assumir suas diretrizes na Assistência Social como o direito a cidadania e dever do Estado.

A proposta da política é detalhar os deveres nas três etapas do governo com as ações socioassistências, em dito na LOAS e NOBs¹, a partir da liberação da comissão Intergestorial Tripartite e Bipartite – CIT e CBTs, constituindo um espaço para discutir como a Política Nacional de Assistência Social funciona.

A descentralização ajudou a enxergar com mais clareza os desafios enfrentados em relação as questões sociais e permitiu avaliar novas formas na sua implementação. Mesmo trazendo tantos benefícios a centralização ainda é muito ativa no País dificultando a democracia e novas tecnologias.

Com a descentralização a Política Nacional de Assistência Social avalia muito mais do que

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

demandas setoriais e segmentadas, ela mostra as desigualdades socioterritoriais na sua configuração.

A presente Política relacionada ao Sistema Único de Saúde juntamente com as novas tecnologias de informação consegue buscar o monitoramento e avaliação buscando meios estratégicos para melhorar as Políticas Sociais na assistência social.

POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Assistência Social é um dever do Estado e direito do cidadão, é política de seguridade social que não precisa de contribuição e realiza iniciativas públicas e da sociedade com um conjunto completo, garantindo o atendimento as necessidades básicas.

Com a Constituição Federal de 1988 juntamente com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em dezembro de 1993, a política social pública, a assistência social como responsabilidade do Estado. O bem-estar social, seguridade social, saúde, previdência social incluídos na LOAS para a Política de Assistência Social.

A seguridade Social garante os direitos de uma vida com condições dignas. Sendo assim a assistência social possibilita o reconhecimento público dos direitos dos usuários e espaço para atuação do mesmo.

A proteção Social garante: segurança de rendimento e autonomia, de acolhida, de convívio e convivência familiar.

A segurança financeira não é apenas um salário mínimo que não supre as necessidades, mais um salário que garante condições dignas de sobrevivência, mesmo desempregadas, idosos, famílias sem condições básicas de sobrevivência.

Segurança de acolhida começa desde os direitos a alimentação, vestuário, casa, direitos orientados pela segurança de assistência social.

Algumas pessoas não conseguem tal feito por toda vida ou parte dela esta autonomia, por situações como idade, estado de saúde, deficiência.

Algumas situações requerem acolhida, como separação e violência familiar, drogas, alcoolismo, desemprego por longos períodos e crime, desastres naturais e o individuo não reconhecer as Políticas de Assistência Social.

A Política de Assistência Social prevê a segurança de convívio familiar ou um ambiente seguro para convívio, não permitindo a reclusão ou perda de relações. Com isso a vigente politica marca a responsabilidade do Estado referente às Políticas Sociais, juntamente com a LOAS garante a execução da assistência em parceria com Estado, garantindo cobertura completa, direto a acesso, programas e projetos em sua responsabilidade.

Princípios

De acordo com a LOAS, capítulo II seção I, artigo 4, a Política Nacional se Assistência Social tem os Seguintes princípios:

- I. Garantia de atendimento as necessidades sociais sobre situação econômica;
- II. Facilitar o acesso às ações assistências pelas demais políticas publicas, dos direitos sociais;
- III. Cidadão ser respeitado dignamente, autonomia, benefícios e serviço de qualidade, convivência familiar e na comunidade;
- IV. Atendimento de igualdade, sem discriminação, equivalente a populações urbanas e rurais;

V. Benefícios, serviços e projetos assistenciais divulgados amplamente e os recursos oferecidos pelo poder público.

DIRETRIZES

Seguem as seguintes diretrizes da organização da Assistência Social contidas na Constituição Federal de 1988 e nas LOAS:

I. Descentralização político-administrativa, Cada território tem suas diferenças e características que é administrado pelas esferas do governo correspondente seja municipal ou estadual.

II. Participação da população Há um representante da população que formula política e ações para sua melhoria.

III. Cabe ao estado conduzir a política de assistência social e dividi-la em cada esfera.

IV. Gerar uma forma de implementação de famílias em programas governamentais.

USUÁRIOS

A política de assistência social é para pessoas com qualquer tipo de problemas que coloquem em risco a própria vida e da população, tais como: pobreza, violência, discriminação, vícios, desemprego, criminalidade e desigualdade social.

ASSISTÊNCIA SOCIAL E AS PROTEÇÕES AFIANÇADAS: PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Através da união da família e da comunidade a política social básica combate situações de riscos com o planejamento de melhorias a população de risco como pobreza, desigualdades, deficiências e discriminações.

A proteção social básica desenvolveu programas e serviços para auxiliar essas pessoas de acordo com cada problema.

Os deficientes e idosos com mais de 65 anos tem direito a uma renda de um salário mínimo estabelecido na constituição federal e regulamentado pelo LOAS executado pelas 3 instancias do governo.

Há modificações do BPC da política nacional de assistência social que visam melhorias no acesso e no tratamento de cada pessoa sem nenhuma discriminação

Os gastos são inseridos no BPC e na assistência social que cobre 8 bilhões no fator econômico e social. O BPC da ao Brasil um significativo lugar onde possuem programas de inclusão social e de renda básica, dando a população uma assistência qualificada. Pessoas que necessitam de atendimento temporário relacionado à vida, desvantagens com perdas, são tratados no artigo 22 da LOAS, onde terão suas principais necessidades atendidas com recursos municipais e estaduais mediante critérios em âmbito nacional.

As famílias deveram ser incluídas nos programas e projetos de proteção social a fim de prevenir a demais riscos que a família enfrentar.

O CRAS e as unidades básicas públicas de assistência social prestaram serviços de forma direta e indireta nas organizações e entidades.

Centro de Referência da Assistência Social e os Serviços de Proteção Básica

O CRAS e uma unidade publica estatal de base territorial<sua localização e em uma area de vulnerabilidade social,que abrange um total de ate 1000 familia.Serviços de proteção social basica sao executados.A rede de serviços sao organizado e coordenado a rede de serviços socioassistencial da assistencia social.

O CRAS em seu contexto comunitario vem visando a orientação e o convívio familiar e comunitario,sendo assim responsavel pela Programa de Atenção Integral a familia ofertando atenção basica .O trabalho com as familias na proteção basica podemos considerar novas referencias para diferentes arranjos familiares.baseado na familia nuclear superando um reconhecimento de u modelo unicoe partindo das funções basicas das familias,Provendo a proteção e socialização de seus membros.Como referencia morais de vinculos afetivos.Tambem e responsavel pelo programa de de atenção integral as familias.Com referencias que valoriza as particularidades do grupo familiar,a diversidade de todas as culturas que promova vinculos familiares e comunitarios.Cada equipe do CRAS tem sua

equipe de abrangência, deve se prestar informação para elas, explicando também sobre a rede de proteção social.

Também são realizadas orientações sobre o gestor de assistência social, organização e mapeamento socioassistencial de proteção básica promovendo também encaminhamento da população para os demais locais.

Os serviços de proteção básica de assistência social têm como objetivo potencializar a família como unidade de referência. Com intenção de fortalecer seus vínculos internos e externos com solidariedade visando a convivência e o acolhimento de famílias que não tiveram vínculos familiares rompidos. Como a promoção ao mercado de trabalho como por exemplo:

- *Programa de Atenção Integral às famílias

- *Centro de convivência para idosos

- *Serviço que visem fortalecimentos familiares para crianças de 0 a 6 anos de idade.

- *Programas socioeducativos para jovens e adolescentes entre 6 a 24 anos de idade.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

É a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação trabalho infantil, entre outras.

Os serviços de proteção especial têm sistema de garantia de direitos, exigindo muitas vezes uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo.

A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento, dentro do Sistema Único de Assistência Social, que oferta serviços, programas e projetos especializados, destinados a famílias e pessoas que estão em risco pessoal e social, ou seja, com seus direitos violados, ameaçados ou sem acesso à eles.

Assim, o atendimento da Proteção Social Especial tem como objetivo principal contribuir para prevenir as situações de violações de direitos sejam agravadas e potencializar recursos para reparar situações de risco pessoal e social, violência, fragilização e rompimento dos vínculos familiares, comunitários ou sociais.

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade oferta seus serviços em Unidades de Acolhimento a pessoas e/ou famílias afastadas

temporariamente de seus familiares e comunidade, buscando garantir a proteção integral, assegurando local para repouso, alimentação, higiene, segurança, atendimento psicossocial e etc.

O objetivo principal dos Serviços de Acolhimento é promover a reintegração familiar comunitária das pessoas que se encontram nessas unidades e auxiliar na reconstrução de uma vida autônoma ou, na impossibilidade, proporcionar acolhimento em outras instituições que ofereçam o Serviço de Acolhimento numa modalidade de longa permanência.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

A Assistência Social é um direito do cidadão e dever do Estado, instituído pela Constituição Federal de 1988. A Assistência Social, diferentemente da previdência social, não é contributiva, ou seja, deve atender a todos os cidadãos que dela necessitarem. Realiza-se a partir de ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e as pessoas com deficiência.

O Sistema organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos.

PAPEL DO ESTADO

Cabe ao Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado Desenvolvimento Social – SEDS, uma estratégia na coordenação da política de desenvolvimento social do Estado: estabelecer rumos, diretrizes e fornecer mecanismos de apoio às instâncias municipais, ao terceiro setor e à iniciativa privada.

Ao manter a responsabilidade pelo apoio financeiro aos municípios e entidades de assistência social, desenvolvidas em todo o Estado.

CADASTRO ÚNICO

Criado em 24 de Outubro de 2001, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o cadastro único contém informações de famílias de baixa renda. Famílias essas que têm renda total de até três salários mínimos ou meio salário para cada pessoa da família.

Essas famílias precisam da ajuda do governo para suprir suas necessidades básicas. O CadÚnico permite que essas famílias sejam cadastradas em programas Sociais oferecidos pelo Governo Federal.

Dos vários programas oferecidos, avalia-se a CadÚnico para seleção dessas famílias para avaliar qual programa social vai suprir suas necessidades básicas como por exemplo: Programa Bolsa Família, Programa Minha Casa, Minha Vida, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, Aposentadoria para pessoa de baixa renda, Carta Social, Passe Livre para pessoas com deficiência, Isenção de Taxas em Concursos Públicos.

REFERÊNCIAS

Assistência Social. Disponível em:
<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/programas-projetos/protecao-social-basica-1/cras-paif> . Acesso em 1 de março de 2017

Caixa Econômica. Disponível em:
<http://www.caixa.gov.br/cadastros/cadastro-unico/Paginas/default.aspx>. Aceso em 1 de março de 2017

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social.
Política Nacional de Assistência Social PNAS 2004
Norma Operacional Básica NOB/SUA.ed 2004.
Reimpressão 2013

Capítulo 6: **PLANO BRASIL SEM MISÉRIA**

Alice Santos de Azevedo*
Aline Paula Teixeira*
Ana Cristina Freire*
Claudia Helena De Castro*
Grasielly Da Nóbrega Silva*
Lucas Teixeira Garcez*
Nayane Teixeira Alves*

Através do incentivo a maneiras mais igualitárias de geração de renda fundamentado, especialmente, na geração do programa bolsa família e no revigoramento da agricultura familiar, no ano de 2003, ocorreu uma reforma e expansão dos programas sociais, almejando assegurar os direitos já definidos.

Os métodos de construção coletiva e participação social como as conferências e o conselho nacional de segurança alimentar-CONSEA, foram resgatados e fortificados, desde a criação do programa fome zero, obtendo se também, melhorias institucionais, como por exemplo, a origem do ministério do desenvolvimento social e combate a fome, a inserção do direito constitucional a alimentação, a criação da lei orgânica de segurança alimentar e nutricional-LOSAN e a formação do sistema nacional de segurança alimentar e nutricional-SISAN.

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

Melhorias realizadas no salário mínimo, o relevante aumento na criação de empregos, uma maior facilidade da inclusão de trabalhadores no mercado formal e a solidificação de uma política de seguridade social, fizeram o Brasil atingir resultados relevantes nos últimos 10 anos, principalmente no que tange a diminuição da pobreza e na mobilidade social.

Mas não foram suficientes para uma significativa diminuição são taxados como extremamente pobres, que possui renda per capita inferior a R\$ 77,00, em 2010 faziam parte de 8,5% dos domicílios do Brasil. São características da população extremamente pobre.

Sob administração do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo integrado por 22 ministérios, estados e municípios, setor privado e terceiro setor, no ano de 2011 entrou em vigência o plano Brasil sem Miséria decreto 7.492, de 02 de junho/2011.

ASSALARIADOS RURAIS

Potencializar relações tripartites (estado, trabalhadores nas empresas de cadeias produtivas que empregam mais mão de obra a zona rural, dando-lhe mais melhoria das condições de trabalho, e incentivo a formalização, abrangendo uma melhor qualificação dos profissionais e das taxas de escolaridade.

MONITORIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Brasil sem miséria na zona urbana: amplia uma melhor condição de renda para os mais pobres entre a faixa etária 18 e 65 anos de idade proporcionando cursos de qualificação profissional gerando novas oportunidades de emprego, aumentando a política de microcréditos e inclusão da economia popular e solidaria, trazendo benefícios a dois milhões de brasileiros.

O programa Brasil sem miséria contempla a transferência de renda, amplia o acesso aos serviços públicos nas áreas de saúde, educação, saneamento básico, assistência social e energia elétrica, e inclusão produtiva. Desenvolve um conjunto de ações que abrangem a criação de novos programas e a ampliação de iniciativas já existentes, com parceria com estado, municípios, empresas públicas e privadas e organizações da sociedade civil, o governo federal que integrar a população mais pobre nas oportunidades geradas pelo forte crescimento econômico brasileiro. O crescimento e a qualidade dos serviços públicos prestados as pessoas em extrema pobreza norteiam o Brasil sem miséria. Com isso, o plano aumenta e aprimora os serviços ofertados aliados a sensibilização, mobilização, para a geração de renda e a melhoria da qualidade de vida. As ações incluirão os seguintes pontos: documentação; energia elétrica; combate ao trabalho infantil; segurança alimentar e nutricional: cozinhas

comunitárias e bancos de alimentos; apoio a população em situação de rua, para que saiam desta condição; educação infantil; saúde da família; rede cegonha; fornecimento de medicamentos para hipertensos e diabéticos; tratamento dentário; exames de vista e óculos; assistência social, por meio centros de referência social (CRAS) e centros de referência especializados de assistência social (CREAS).

PONTOS DE REFERÊNCIA AO PROGRAMA ENLOBADOS PELO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

Os CRAS atuam como pontos de atendimento dos programas englobados pelo Brasil sem Miséria. As 7 mil unidades existentes no país funcionam em aproximadamente quase todos os municípios e outros pontos serão criados.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA LOCALIZAR, CADASTRAR E INCLUIR AS FAMÍLIAS NOS PROGRAMAS DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

A busca ativa é um requisito das equipes de profissionais, fazendo uma procura minuciosa na sua área de atuação com o principal objetivo de localizar, cadastrar e incluir nos programas, priorizando as famílias em extrema pobreza. Com isso vão identificar os serviços que estão sendo prestados e as necessidades de criar novas ações para essa população, para que o acesso possa ser ampliado. Mutirões, campanhas, palestras, atividades socioeducativas, visitas domiciliares e cruzamento dos gestores públicos no atendimento a população em extrema pobreza faz parte desta estratégia.

A ATUAÇÃO DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA NA INCLUSÃO PRODUTIVA

A inclusão produtiva urbana reúne o estímulo a ampliação e geração de ocupação e renda que visa o empreendedorismo e a economia solidária e oferta de orientação profissional, cursos de qualificação profissional e intermediação de mão de obra para ampliar a demanda nas áreas públicas e privadas. Com relação a qualificação, a proposta e atender pessoas entre 18 e 65 anos por meio de ações nacional de acesso à escola técnica (PRONATEC); Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); obras do programa de aceleração do crescimento (PAC); e do minha casa minha vida; Rede de Equipamentos de Alimentação e Nutrição; e coleta de materiais recicláveis. Além disso o programa de qualificação, promove o trabalho de inclusão produtiva que abrange a emissão de documentos, acesso a serviços de saúde, como o Olhar Brasil, para exames de vista e confecção de óculos, e o Brasil Sorridente, para o tratamento odontológico, além de ações microcrédito e orientação profissional.

AÇÕES VOLTADAS AOS CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS

O plano pressupõe o apoio a organização produtiva dos catadores de materiais reciclável e reutilizados. Para essa determinada população, está prevista melhor condições de trabalho e a ampliação das oportunidades de inclusão socioeconômica. A linha principal e atender capitais e regiões metropolitana. O Brasil sem miséria também apoiará as prefeituras em programas de coleta seletiva urbana com a participação dos catadores de materiais recicláveis. O plano visa a capacitação e o fortalecimento e a capacitação na coleta seletiva de catadores, terá ações para viabilizar a infraestrutura e incrementar redes de comercialização.

BOLSA FAMÍLIA

O Brasil Sem Miséria adicionará no Bolsa Família 800 mil famílias que se enquadram nas condições de ingresso na plataforma, mas não obtém o recurso porque não estão registradas. Para fazer o registro, será realizado um trabalho pró ativo de localização desses eventuais beneficiários. O governo planeja alcançar esse objetivo em dezembro de 2013. Outra alteração na plataforma é limitar o quantitativo de crianças e adolescentes com até 15 anos para adquirir o auxílio, que atualmente é de R\$32. Anteriormente, fosse qual fosse o quantitativo de crianças na família, a quantia limite de ganho era para três crianças. Atualmente, é dado à cinco crianças. Com a mudança, 1,3 milhões de crianças e adolescentes serão adicionados ao Bolsa Família. Para as famílias com o registro renovado, serão incluídos automaticamente e passa a valer a partir de setembro. Em abril, o governo mudou em 45% o valor do auxílio pago às crianças de até 15 anos. Além de expandir o programa federal, o governo está em conversação com os Estados e Municípios para a inclusão de projetos complementários de troca de renda. Na primeira semana de junho, o comando dos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Distrito Federal já colocaram em prática seus projetos complementários.

O Bolsa Família aumentou o crescimento do Cadastro Único para Programa Sociais, que mudou a forma do comando dos Estados de resolver a

carência e validar os direitos dos mais necessitados. A extrema necessidade tem rosto, nome, endereço e atributos conhecidos pelo Estado.

Entendendo que a extrema necessidade é uma condição que é além do dinheiro, o Plano Brasil Sem Miséria foi feito e executado em um entendimento globalizado, com técnicas ligadas entre si e adaptadas para cada circunstância, como o campo e a cidade, e para cada faixa etária, como adultos e crianças, para dar alguns exemplos. O Plano criou chances de inserção para jovens, mulheres, negros, moradores de rua, pessoas com alguma incapacidade, povos e comunidades tradicionais, e outros grupos mais frágeis. Para alcançar o objetivo da solução da extrema pobreza, abrangendo tantas questões e num tempo certo, de menos de quatro anos, o Brasil Sem Miséria se planejou em alcances altos, todas concluídas. Com a Busca ativa, foram achados 1,35 milhões de famílias profundamente necessitadas que não estavam no Cadastro Único. Essas famílias foram cadastradas e de imediato passaram a receber o Bolsa Família. Os melhoramentos que o Plano fez no Bolsa Família – em particular a formação do auxílio do Brasil Carinhoso – fez com que 22 milhões de brasileiros saíssem da extrema pobreza. Foi o fim da escassez, segundo a renda, no universo do Bolsa Família. Coincidentemente, a ajuda na renda foi só o início, porque o Brasil Sem Miséria atuou na ajuda além da renda.

Foram registrados 1,5 milhões de pessoas, jovens e adultos, no Cadastro Único, a grande parte mulheres, nos cursos de qualificação para o mercado de trabalho do Pronatec. A forma como as pessoas têm aderido com vontade essa chance de evoluir profissionalmente e trocar de vida é a maior declaração de vontade para trabalhar dos brasileiros de mais baixa renda, o que motiva e renova para seguir adiante.

Com a execução do Brasil Carinhoso, na renda, conseguimos aniquilar a discrepância da existência de alta pobreza, que distinguia as crianças e adolescentes das outras faixas etárias. Na saúde, está se precavendo e cuidando do mal que mais atingem as crianças lactentes, como anemia e asma: 6,4 milhões dessas crianças foram suplementadas com doses de vitamina A, 402 mil tiveram suplementação com sulfato ferroso, e o remédio gratuito para asma já foi pego por 1,4 milhões de pessoas.

A reparação e a criação de postos de saúde e a destinação de profissionais da Programa Mais Médicos onde está a grande parte da existência da alta pobreza do Brasil, também é a forma onde o Comando expõe como está determinado em adicionar todos os brasileiros nos benefícios que eles têm por direito. O Brasil sem Miséria também deu prevalência ao ensino, que é a melhor maneira das pessoas saírem da alta pobreza, quebrando a série de fatores que a refaz. O aumento de vagas em creches nos deixou alcançar a marca de 702 mil crianças do Bolsa Família registradas, limitando a

diferença no alcance entre crianças de distintos níveis de renda. Expandimos o ensino em tempo integral 35,7 mil escolas onde grande parte dos alunos são destinatários do Bolsa Família. Tudo isso e as demais coisas que o governo vem fazendo nos recentes anos fez com que o Brasil deixasse o mapa da fome feito pela ONU para Alimentação e Agricultura (FAO). Uma vitória marcante, consequência da ação continuada para assegurar os direitos, aumentar as condições de vida e conceber chances para todo o povo brasileiro.

Em 2013, no mês de março, os recentes brasileiros beneficiados pela plataforma Bolsa Família que ainda estavam em modo de escassez, ultrapassaram a extrema pobreza. Incluindo-os, 22 milhões de pessoas derrotaram tal situação desde a estreia do plano. Porém, ainda há três enormes obstáculos, como a Busca Ativa, para que nenhuma família nas condições de recebimento do Brasil Sem Miséria não deixe de ser beneficiada pelo Programa; o melhoramento dos planos de integração produtiva, que estão gerando frutos; e o mais alto oferecimento de deveres do Estado de qualidade, de modo a colocar quem mais necessita.

Antecedentes da produção do Plano Brasil Sem Miséria

No começo de 2011, estava em um desenvolvimento rápido de aumento da oferta de serviços de assistência social. Duas altas ações guiaram esse trabalho: a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o alcance

total do Bolsa Família, que passa dinheiro com condições nas áreas de ensino, saúde e assistência social. Grande parte das diretrizes de proteção social no Brasil já estava sob comando do MDS. Fundado em 2004, era de responsabilidade do MDS a implantação das diretrizes de proteção e desenvolvimento social, feitas através de 21 plataformas, nas áreas de repasse de dinheiro, assistência social e segurança alimentar. O Quadro 1 apresenta rápida caracterização das plataformas do MDS em 2011, conforme sistema ajustado da pesquisa feita pela FIPE (2007) para o MDS. O estudo das plataformas, no que rege a sua origem econômica, deixa-nos saber que suas práticas giravam em torno de: repassar renda monetária, proporcionar serviços, principalmente, de assistência social e empregar na criação de equipamentos públicos de segurança alimentar. Mesmo que essas plataformas tivessem condições aceitáveis, demandam, segundo a gestão, a inter-relação entre setores e a complementação entre os vários projetos e plataformas que agem sobre os distintos lados da pobreza e desigualdade. Pretendem a mesma inter-relação das plataformas de superação da pobreza com as demais plataformas sociais, como saúde, ensino, trabalho, crescimento agrário, como meio de uma plataforma mais expansiva de crescimento social, que introduz projetos e plataformas, fundamentado em dois focos: a família e o território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 7492, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil sem Miséria. Diário Oficial, Brasília, DF, 03 jun 2011.

MENEZES F, SANTARELLI M. *Da Estratégia Fome Zero ao Plano Brasil Sem Miséria: elementos da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), 2013.

Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Plano Brasil sem Miséria. In Portal Brasil. Acesso em 02 mar. 2017 <<http://mds.gov.br/assuntos/brasil-sem-miseria/o-que-e>>.

Plano Brasil Sem Miséria. In: Prefeitura de Juiz De Fora. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<https://.pjf.mg.gov.br/conselhos/segurancaalimentar>>.

Secretaria de Governo. In: Portal Brasil. Acesso em: 27 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://www.secretariadegoverno.gov.br/iniciativas/internacional/fsm>>.

SOUSA, Romulo Paes. Plano Brasil Sem Miséria: Incremento e mudança na política de proteção e promoção social no Brasil. Brasília-DF. V133, p. 4-13. Agosto, 2013.

Capítulo 7: PLANO BRASIL SEM MISÉRIA: SEGUNDA ANÁLISE

Aline Rodrigues Bastos*
Dayanne Martins Dantas*
Elisangela Rodrigues da Silva Albuquerque*
João Reuber da Silva*
Kamilla Conceição Alves*

O Brasil sem Miséria é um projeto do Governo Federal que visa atingir parte da população que não é beneficiada pelo Bolsa Família, e tem como objetivo acabar com a pobreza do Estado Brasileiro, bem como encorajar a busca por novas fontes de rendas e melhoria de vida.(BOLSA FAMÍLIA, 2017)

O escopo deste programa é fornecer melhores condições de vida aqueles que não a possuem, transferindo renda, e permitindo o acesso aos serviços públicos, como: saúde, assistência social, trabalho e educação com intuito de gerar qualidade de vida. Irão incluir no programa a documentação, energia elétrica, combate ao trabalho infantil, segurança alimentar, educação infantil, saúde, distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos, tratamento dentário, exame de vista, assistência social entre outros. (BOLSA FAMÍLIA, 2017)

Pretende-se, da mesma forma, ampliar as metas estabelecidas em outros programas como: Rede Cegonha, saúde da família, previdência rural,

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

Programa luz para todos e Brasil alfabetizado.
(BOLSA FAMÍLIA, 2017)

O Programa trabalha os eixos de ação relativos à Garantia de renda, inclusão produtiva rural e urbana, tanto a nível nacional como regional.(BOLSA FAMÍLIA, 2017)

GARANTIA DE RENDA

O Primeiro impacto observado pela garantia de renda é a atenuação da situação de miséria; a possibilidade de alcançar serviços públicos básicos em melhores condições como educação, saúde e cidadania das famílias; e finalmente findar com a extrema pobreza. (BRASIL,2015)

Esse programa tem o intuito de incluir no Cadastro Único Programas Sociais, sistema em que se registram as informações ativamente, sobre as famílias de baixa renda. O programa busca identificar os beneficiados e as condições econômicas e sociais de cada um, com informações referentes ao local que vivem, a situação escolar e de trabalho de cada membro da família, entre outras. São realizados mutirões e campanhas de busca, cruzamento de cadastros, envolvimento e qualificação dos gestores públicos no atendimento a população extremamente pobre. Vê-se a necessidade de um esforço adicional de cadastramento de segmentos específicos da população dos municípios com baixa cobertura. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

A pobreza e desigualdade têm sido reduzidas substancialmente pelo Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) entre os relativos grupos suscetíveis, que são: i) crianças, adolescentes, gestantes e nutrízes e ii) idosos e pessoas com deficiência. Delegam-se também ao PBF três

condições para alcançar melhorias: o aumento da escolarização na faixa etária de 7 a 17 anos, o aumento do nível de vacinação em crianças menores de 5 anos e, entre as gestantes, o aumento do acesso ao atendimento pré-natal. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

O propósito do Bolsa Família é permitir que milhões de família brasileiras sejam incluídas na sociedade, obtendo um alívio imediato da situação de pobreza e fome. Ademais, visa um melhor acompanhamento do atendimento do público-alvo pelos serviços de saúde e ajudar a superar indicadores ainda dramáticos, que marcaram as trajetórias educacionais das crianças mais pobres: altos índices de evasão, repetência e defasagem idade-série.

O benefício é ofertado por meio do cartão do Bolsa Família, que também terá outras funções, como benefícios de créditos de fomento para o meio rural e Rede Cegonha. (BRASIL, 2013) O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) assegura uma renda mensal de um salário mínimo ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, de qualquer idade. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

Não é necessário comprovar contribuições à Previdência Social para receber o BPC, contudo, entre os requisitos para receber o BPC está o fato dos beneficiários terem renda familiar per capita

inferior a um quarto do salário mínimo em vigor. Ressalta-se que o benefício é individual, intransferível e não vitalício.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013) O responsável pela gestão e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a operacionalização fica como responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como solicitação, concessão, pagamento e reavaliação). (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

Serão inseridos no benefício da prestação continuada as escolas públicas garantindo que pessoas de até 18 anos, com deficiência, beneficiária do BPC seja frequentes na escola, Com isso atuam em parceria com os Estados, Municípios e o Distrito Federal, o MDS o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Direitos Humanos , para identificar crianças, jovens e deficientes que não esteja estudando para a eliminação de barreiras que impossibilite a permanência na escola. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

O Brasil carinhoso inclui ações como expandir a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre seis meses e cinco anos nas Unidade Básicas de Saúde e em campanhas de vacinação; aumentar a oferta do sulfato ferroso na Rede de Atenção Básica para crianças menores de 24 meses; distribuição gratuita de medicamentos de

asma nas farmácia popular; pagamentos do benefício do bolsa família para famílias em extrema pobreza com pelo menos um filho de até 15 anos. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

INCLUSÃO PRODUTIVA RURAL

Estão concentrados no campo 47% do público do plano o Bolsa Verde que tem o intuito de aumentar as capacidade e oportunidades. Acompanha as famílias cadastradas, são disponibilizado sementes, mudas , fomento, água e luz para todos sendo assim aumentado a produção.

4 Fomento: Recebe um fomento cada família a fundo perdido de R\$ 2.400, pagos em parcelas durante dois anos.(BRASIL, 2013) Sementes: Serão ofertado sementes de qualidade pela Embrapa. (BRASIL, 2013)

Água e luz: Implantação de soluções que garantam o acesso à água para toda população em extrema pobreza. 1ª Água: Atendimento de 750 mil famílias rurais com construção de cisternas e sistemas simplificados coletivos para consumo humano; 2ª Água: atendimento de 600 mil famílias rurais com água para produção; Pequenas propriedades serão irrigadas (BRASIL, 2013) Tem importâncias para os agricultores visando comercializarem a produção , os Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o (PNAE) Programa Nacional de Alimentação Escolar além de contribuir para uma alimentação segura e nutricional do público do Brasil sem miséria. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

São comprados pela PAA produtos produzidos pela agricultura familiar com licitação dispensada. Estes alimentos comprados são

distribuídos a pessoas em situação de insegurança alimentar que precisem de suplementação alimentar também distribuídos em restaurantes comunitário, bancos de alimentos, entidades de assistência social e creches, entre outros. A PAA contribui para a formação de estoque público de alimentos, ou estoque das próprias cooperativas sendo o beneficiado do os fornecedores e os consumidores de alimentos.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

São Transferidos para os estados e municípios recursos para alimentação escolar do alunos de rede básica matriculados em escolas públicas e filantrópicas realizado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), do Ministério da Educação (MEC), juntamente com o Governo Federal (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013).

A PNAE tem o objetivo de atender as necessidades nutricionais dos alunos durante a permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem e o rendimento escolar, e promovendo hábitos alimentares saudáveis. Dos recursos destinados a PNAE, 30 % devem ser investidos na compra direta de produtos da agricultura familiar local. Para custear a alimentação escolar o estados e municípios devem contribuir. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

Por esse motivo o aumento da produtividade possui caráter de autoconsumo e aquisição aos negócios através de fundamentos da comercialização de mercadorias da agricultura familiar, fixando produtos associativos e mercado particular. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

Outra notável ocorrência ação beneficiada e impulsionada a favor do Programa Bolsa Verde foi o projeto do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio) de efetivar um cadastramento preciso em transcrição do Instituto de integrais famílias habitantes das 77 Unidades de Conservação e Utilização Sustentável geridas junto a instituição. A ação concedera ao governo federal entender a fundo a veracidade das famílias moradoras, com tal intensidade do ponto de vista da admissão aos trabalhos públicos, conforme a associações das habilidades produtivas. (BRASIL,2014)

O projeto Brasil sem miséria colaborou não apenas para favorecer as melhorias na inclusão social e lucrativa dos beneficiários justamente atendidos pelo programa, do mesmo modo estabeleceu passagem para um procedimento, ate então em construção, de requalificação de um regime nacional da reforma agrária, que aperfeiçoa a vivencia de todas as agricultoras e os agricultores consolidados, para que sejam capazes viver com dignidade, aumentando a produção e o rendimento, conservando os meios naturais e produzindo alimentos para uma pátria que tem orgulho de

declarar ao universo que saiu do mapa da
desnutrição.(BRASIL, 2014)

INCLUSÃO PRODUTIVA URBANA

Direciona e constitui renda para os mais necessitados, entre 18 e 65 anos por meio de habilidades profissionais, por intermédio de empregos melhorias da organização de microcrédito e benefícios da economia popular e humanitária com acesso ao desenvolvimento dos serviços públicos. Encontram-se recursos sociais, educação, habitação, fundamentação, patrocínio a população em condição de risco, segurança alimentar, luz, saúde. (BRASIL, 2013)

Capacidade profissional: A concepção da estratégia de inclusão lucrativa urbana do Plano Brasil sem Miséria consentiu pela primeira vez cursos de capacidade profissional de excelência para indivíduos em decadência recebessem proporção e capilaridade no país.(BRASIL,2014)

Saldo de mais de 200 tipos de cursos por meio das escolas práticas, pela instituição S e demais redes. Os cursos são certificados, gratuitos e o aluno ganha material educativo, merenda e condução. Cursos sintonizados com a inclinação econômica de toda região. (BRASIL, 2013)

A introdução ao Pronatec no plano de estímulo ao incremento da escolaridade de jovens de baixíssimo faturamento, com proposta de qualificação competente e concorrente a instituição media, é outras linhas que oferta possibilidades em direção a evolução. A função dos governadores estaduais será fundamental nesse esforço. Estabelecer cursos de desenvolvimento inicial e

frequente que compareçam cada vez mais aos adolescentes carentes, de baixa escolaridade e habitantes de regiões carentes. (BRASIL, 2014)

Os cursos encontram – se disponíveis para indivíduos a partir de 16 anos de idade inscritas ou em processo de integração no Cadastro Único, com preferência para os favorecidos do Programa Bolsa Família e dos favorecidos de Prestação Continuada (BPC). Não há limitação de inscrições por família. Há oportunidades também para quem tem baixa escolaridade ou encontra-se há muito tempo afastado do colégio (BRASIL, 2014)

Intermediação de emprego: Distribuição de mão de obra por meios de oportunidades captadas juntamente às empresas. Esse serviço será executado segundo Mapa de possibilidades em todos os municípios. Serão escolhidos prioritariamente os favorecidos da Bolsa Família com idade entre 18 e 65 anos.(BRASIL, 2013)

Amplificação da Política de microcrédito: Suporte á composição e publicação de redes de operações solidárias, de tarefas empreendedoras coletivas, micro e pequenas empresas e composição de incubadoras para criação de posse e rendimento.(BRASIL, 2013)

Formação da constituição de pequenos contratos de trabalhadores que agiam por conta própria, junto às áreas prestativas e previdenciária.(BRASIL, 2013)

RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS NO BRASIL SEM MISÉRIA

Plano com a assinatura de termos de compromisso por seus governadores foram aderidos por todos os estados brasileiros. Nesses pactos, foram definidas assim as responsabilidades do estado:

I. Coordenar as ações do Plano sem Miséria em seu território, designando um responsável pela interlocução com o Governo Federal, em articulação com os demais órgãos envolvidos;

II. Executar as ações do Plano Brasil sem Miséria, naquilo couber, em consonância com os três eixos do Plano;

III. Direcionar à população extremamente pobre políticas estaduais de garantia de renda e ocupação, quando houver, e de acesso a serviços públicos, em articulação com as ações federais e municipais;

IV. Utilizar as informações do Cadastro Único como instrumento básico para identificação do público e planejamento das ações do Plano Brasil sem Miséria;

V. Aprimorar e ampliar as políticas públicas de desenvolvimento social e combate à fome em sua esfera de competência, promovendo a sua intersectorialidade;

VI. Apoiar os municípios, valendo-se de instrumentos de monitoramento e avaliação para que eles possam aprimorar a execução de suas

políticas e acessar adequadamente as ações do Plano Brasil Sem Miséria.

É requerido uma atenção uma atenção especial dos estados ao acompanhamento dos municípios, conquanto ponto de apoio próximo e qualificado, devida o significado do poder público municipal para o Plano: É responsável pelo registro das famílias no Cadastro Único para Programas Sociais a prefeitura, por ser a porta de entrada para boa parte das iniciativas do Brasil Sem Miséria; desempenhando função de destaque na operação das redes de saúde, educação e assistência social, essenciais para a superação da extrema pobreza. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013)

ATENDIMENTO

Serão utilizados como pontos de atendimento e referência dos programas englobados pelo Brasil Sem Miséria os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), presentes em todos os municípios. Os outros pontos serão criados com finalidade de expandir o atendimento em todos os as comunidades que vivem em pobreza extrema.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME)

Portanto,têm condições de conhecer mais de perto a comunidade e os problemas frequentemente enfrentados pelas famílias as referidas equipes dos Cras, compostas por assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME)

Os resultados do desempenho feito com as famílias no Cras não se limitam a um único atendimento. Na verdade,são acompanhadas pelo tempo que for preciso para que sua situação melhore, por meio do principal serviço ofertado pelo Cras: o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) todas as famílias que necessitam. Conforme o perfil, as famílias ou pessoas podem solicitar matrícula nos cursos do Pronatec, entre outras opções a serem avaliadas pela equipe do Crastambém podem ser encaminhadas para registro no Cadastro Único, solicitação do Benefício

de Prestação Continuada (BPC), os Cras devem trabalhar conforme o restante da rede de assistência social e com outras políticas públicas, em destaque as de saúde, educação e trabalho.(MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME)

Devem ser relutantes ao Cras para atender famílias que vivem em locais de difícil acesso ou que estão dispersas no território, com prioridade às famílias extremamente pobres no âmbito do Brasil Sem Miséria, a Equipe Volante é uma equipe adicional ligada responsável por levar o atendimento da assistência social às áreas mais remotas e pobres dos municípios, as Equipes Volantes contribuem de modo decisivo na Busca Ativa. É indicada aos municípios de grande extensão, com comunidades rurais ou comunidades tradicionais, especialmente se houver comunidades isoladas à presença de Equipes Volantes é indicada nos (BRASIL, 2014)

BENEFICIÁRIOS DO PLANO

O Estado passou organizar com priorização a classe da extrema pobreza para incluir e apoiar a população dessa faixa social. Seu principal indicador é a renda e a mesma foi utilizada para determinar o público alvo. (BRASIL, 2014)

O plano criado em 2011 foi desenvolvido as famílias que viviam com renda inferior a R\$ 70 mensais por pessoa. Foram retirados em quatro anos pelo BSM 22 milhões de famílias da classe da extrema pobreza. Já em 2014 passou-se de R\$ 70 mensais para R\$ 77 mensais per capita a linha da extrema pobreza, o benefício mensal entregues a família passou para R\$170,00, sendo reajustado aproximadamente de 88% para o período.(BRASIL,2015)

Esse plano foi reajustado conforme os valores do programa, foi aumentado a quantidade de beneficiários e benefícios para adolescentes e crianças, torna-se incluso o pagamento a gestantes e nutrízes; e, principalmente, criou um novo benefício que obstruiu o hiato da extrema pobreza para o beneficiários do Bolsa família. Esse reajuste foi o término da miséria no ponto de vista da renda entre as famílias. (PAIVA, LH. FALCÃO, T.BARTHOLO, L , 2013).

OS DESAFIOS DA FORMULAÇÃO DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

Precisava-se avaliar positivamente o Brasil sem miséria junto à população pobre em um modo eficiente, em função do dimensionamento do público, levando em consideração diferenças regionais que em alguns casos, soluções específicas em determinados públicos ou regiões, levando em conta suas vulnerabilidades e suas diferenças.(BRASIL, 2014) Entretanto existia outros desafios para a formulação de políticas alocadas no Brasil sem miséria que são agregados da seguinte forma:

a) Definir o público a ser atendido através da linha da extrema pobreza; b) Primordialidade de renovação da postura do Estado e a agenda de hiper focalização do BSM; c) Reconhecer de forma multidimensional o caráter da pobreza, que vai além da unidimensionalidade financeira; (BRASIL, 2014)

Sendo um exemplo de política social e transversal por meio das suas ações necessárias, o Bolsa família é capaz de agir de forma direcionada aos oitos objetivos do milênio; Educação primária Universal, erradicação da fome e da miséria, igualdade de gênero, redução da mortalidade infantil, melhora da saúde materna, combate ao HIV/AIDS, à malária e outras doenças; sustentabilidade ambiental e qualidade de vida. (BRASIL, 2014)

OBJETIVO GERAL DO PLANO

Favorecer e incluir positivamente a população extremamente pobre para que mais famílias saiam da linha da extrema pobreza.(BRASIL, 2013)

Objetivos Específicos do Plano

- Aumentar a renda familiar per capita
- Acrescentar a participação e acesso às ações públicas de acesso e bem-estar social
- Expandir as oportunidades de ocupação e renda com ações de inclusão efetiva e produtiva dos meios urbanos e rurais.(BRASIL, 2013)

REFERÊNCIAS

BOLSA FAMÍLIA. Brasil sem Miséria. Disponível em <<http://bolsa-familia.info/brasil-semmiseria.html>> Acessado em 05 de março de 2017

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Brasil sem miséria. Organizadores: Tereza Campello, Tiago Falcão, Patricia Vieira da Costa. Brasília: 2014. 725 p.

BRASIL. Plano Brasil sem miséria. Brasília. 2013.

BRASIL. Secretaria de Governo. Brasil Sem Miséria. 2015 Disponível em <<http://www.secretariadegoverno.gov.br/iniciativas/internacional/fsm/eixos/inclusaosocial/brasil-sem-miseria>> Acessado em 05 de março de 2017.

Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo. Plano Brasil sem Miséria: incremento e Mudança na política de proteção e promoção social no Brasil..Brasília: 2013

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Programa Bolsa Família : uma década de inclusão e cidadania / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília : 2013. 494 p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Plano. Brasil sem miséria em seu município. Brasília: 2013.

PAIVA, LH. FALCÃO, T. BARTHOLO, L. Do Bolsa Família ao Brasil Sem Miséria: um Resumo do Percorso Brasileiro Recente na Busca da Superação da Pobreza Extrema. Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo, Brasília: 2013.

Capítulo 8: ANÁLISE DO PROGRAMA “BOLSA FAMÍLIA” COMO POLÍTICA PÚBLICA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL EM 2014

Jonas Rodrigo Gonçalves⁴
Mayara Gomes Ferreira de Moura⁵

⁴ Possui mestrado em Ciência Política (Políticas Públicas); especialização em Letras (Linguística: Revisão de Texto; licenciatura em Letras (Português e Inglês); licenciatura em Filosofia; habilitação em História, Sociologia, Psicologia e Ensino Religioso. Autor de 34 livros técnicos e didáticos. Coordenador de políticas editoriais das faculdades CNA (DF) e Facesa (GO). Atualmente leciona nas faculdades Processus, CNA, Unip, JK e Facesa. É editor-chefe da editora JRG (www.editorajrg.com). Na Faculdade Processus (DF) coordena dois grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Português Jurídico e Políticas Públicas.

⁵ Graduando em Direito pela Faculdade Processus/DF; pesquisador-bolsista do grupo de pesquisa “Direito e Políticas Públicas”, da Faculdade Processus, sob a coordenação do professor Jonas Rodrigo Gonçalves. Bacharel em Turismo pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em “Negócios Turísticos e Eventos” pela UnB.

RESUMO

O Bolsa Família é uma política pública do governo brasileiro que foi criado para ajudar as famílias que estão passando por um momento de maior necessidade. O programa tem transferência direta de renda. As famílias assumem compromissos com a educação e a saúde. Os critérios para ser beneficiários são: Renda mensal por pessoa de até R\$ 70 (setenta reais), com ou sem crianças, e aquelas com renda mensal por pessoa entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) e que tenham crianças e adolescentes na sua composição. No ano de 2013 o programa chegou a atender 13,8 milhões de famílias em todo o Brasil. E tirou da extrema pobreza, ainda em 2013, 22 milhões de pessoas superaram tal condição, com o plano. É importante ressaltar que eles viviam em miséria e transpuseram a linha da extrema pobreza. O CRAS, assim como o Bolsa família, são Políticas Públicas de fomento social que estão inseridas no programa Brasil Sem Miséria, que é uma ferramenta governamental que tem garantido a queda da extrema pobreza no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE

Bolsa Família – Políticas Públicas – Brasil sem Miséria – Transferência de Renda

ABSTRACT

Bolsa Família is a public policy of the Brazilian government that was created to help families who are going through a time of greatest need . The program has direct income transfer . Families have commitments to education and health . The criteria for beneficiaries are : Monthly income per person up to R \$ 70 (seventy dollars) , with or without children, and those with monthly per capita income between R \$ 70.01 and R \$ 140.00 (one hundred and twenty dollars) and having children and adolescents in their composition . In 2013 the program reached 13.8 million households meet throughout Brazil . And took extreme poverty , even in 2013 , 22 million people have overcome such a condition , with the plane . Importantly, they lived in misery and transposed the extreme poverty line . The CRAS , like Bolsa Família , Public Policy is social promotion that are inserted in Brazil Without Poverty program, which is a government tool that 's guaranteed to fall in extreme poverty in Brazil .

KEYWORDS

Bolsa Família - Public Policy - Brazil without Poverty
- Income Transfer

INTRODUÇÃO

O Bolsa Família é uma política pública do governo brasileiro que foi criado para ajudar as famílias que estão passando por um momento de maior necessidade. O programa tem transferência direta de renda, ou seja, não passa pela mão de terceiros.

As famílias assumem compromissos com a educação e a saúde. Os critérios para ser beneficiários são: Renda mensal por pessoa de até R\$ 70 (setenta reais), com ou sem crianças, e aquelas com renda mensal por pessoa entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) e que tenham crianças e adolescentes na sua composição.

No ano de 2013 o programa chegou a atender 13,8 milhões de famílias em todo o Brasil. E tirou da extrema pobreza, ainda em 2013, 22 milhões de pessoas superaram tal condição, com o plano. É importante ressaltar que eles viviam em miséria e transpuseram a linha da extrema pobreza.

A população satisfeita acredita que o programa é uma excelente oportunidade para a elevação social, já que o programa funciona como uma forma de alavanca social, no âmbito da transferência de renda.

Os insatisfeitos alegam que, por não terem mais apoio do governo, não têm seus direitos básicos garantidos, assim são vulneráveis.

O CRAS, assim como o Bolsa família, são Políticas Públicas de fomento social que estão

inseridas no programa Brasil Sem Miséria, que é uma ferramenta governamental que tem garantido a queda da extrema pobreza no Brasil.

A busca da melhoria é uma tendência natural. A implantação dessas Políticas Públicas muitas vezes pode fazer com que as famílias melhorem as suas classes sociais, ou seja, uma família que antes passava por necessidades, com a ajuda do programa, pode reescrever sua história.

1.O QUE É O BOLSA FAMÍLIA?

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)⁶:

o Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

Dessa forma, o Bolsa Família é um instrumento de política pública social para transferência de renda no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria, criado em 2 de junho de 2011, por meio do Decreto nº 7.492, com o objetivo de superar a extrema pobreza até o final de 2014. Segundo o Portal Brasil Sem Miséria⁷, o Plano se organiza em três eixos: garantia de renda, para alívio imediato da situação de extrema pobreza; acesso a serviços públicos, para melhorar as condições de educação, saúde e cidadania das famílias; e iii.inclusão produtiva, para aumentar as capacidades e as oportunidades de trabalho e

⁶BRASIL. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em 15/05/2014.

⁷ BRASIL. Brasil sem Miséria. Disponível em <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/apresentacao>>. Acesso em 15/05/2014.

geração de renda entre as famílias mais pobres do campo e das cidades.

O BSM (Brasil sem Miséria) é coordenado pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc) do MDS e envolve 22 ministérios em sua gestão, além de contar com a parceria de estados e municípios, bancos públicos e o apoio do setor privado e terceiro setor. As ações do BSM incluirão os seguintes pontos⁸:

- i. documentação;
- ii. energia elétrica;
- iii. combate ao trabalho infantil;
- iv. segurança alimentar e nutricional: cozinhas comunitárias e bancos de alimentos;
- v. apoio à população em situação de rua, para que saiam desta condição;
- vi. educação infantil;
- vii. Saúde da Família;
- viii. Rede Cegonha;
- ix. distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos;
- x. tratamento dentário;
- xi. exames de vista e óculos; e
- xii. assistência social, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

⁸ BRASIL. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em 15/05/2014.

Nesse contexto, o Bolsa Família é regido pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, e possui três eixos principais:

- i. a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza;
- ii. as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e
- iii. as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Operacionalmente, consiste na transferência direta de recursos financeiros para famílias mediante pagamento mensal, por meio de cartões magnéticos, emitido preferencialmente em nome da mulher. O valor repassado depende do tamanho da família, da idade dos seus membros e da sua renda, sendo definidos benefícios específicos para famílias com crianças, jovens até 17 anos, gestantes e mães que amamentam.

Em janeiro de 2014, o Programa Bolsa Família⁹ completou 10 anos, data que foi marcada por diversas ações de promoção do Programa

⁹ GONÇALVES, Jonas Rodrigo, SERPA, Mauro Pinto. *Direito e Políticas Públicas*: extrato da pesquisa de programas sociais vigentes em 2012. Brasília: JRG, 2013. Capítulo consultados: 01 “Bolsa Família” (Pesquisadores: LUANA PIMENTA DE ANDRADA, VERA LÚCIA SIZUE ITO DE SOUZA, MARIA ROSA IZARIAS A. OLIVEIRA, PAULA COSTA CABRAL) e 02 “CRAS” (Pesquisadores: ITALO SILVA, JOÃO ANSELMO, NYCOLLE CAROLLYNE MARRA)

como solenidades e o lançamento de um sítio eletrônico dedicado ao marco da primeira década¹⁰.

¹⁰ BRASIL. MDS. Disponível em <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/>>. Acesso em 15/05/2014.

2.CRITÉRIOS PARA SER BENEFICIÁRIO(A)

Para poder fazer parte do Programa Bolsa Família, primeiramente, é preciso ter os dados de todos os membros da família registrados no Cadastro Único. O Cadastro é feito pelo setor responsável pelo Bolsa Família no município, que é o responsável por localizar as famílias mais carentes e mandar as informações para o Governo Federal.

Atualmente, podem ser beneficiadas pelo Programa Bolsa Família as famílias com renda mensal por pessoa de até R\$ 70 (setenta reais), com ou sem crianças, e aquelas com renda mensal por pessoa entre R\$ 70,01 e R\$ 140 (cento e quarenta reais) e que tenham crianças e adolescentes na sua composição.

Os benefícios variáveis são pagos a famílias com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa que tenham em sua composição:

- crianças e adolescentes até 17 anos;
- gestantes; e/ou
- nutrízes¹¹.

¹¹ s.f. Linguagem Formal. Aquela cuja função é amamentar; ama ou ama de leite. Pessoa que se encarrega do filho ou dos filhos de alguém, ainda que não os amamente. adj.m e adj.f. Linguagem Formal. Que possui a capacidade de nutrir; que sustenta. (Etm. do latim: nuctrix.as). Disponível em <<http://www.dicio.com.br/nutriz/>>. Acesso em 24/05/2014.

O Programa conta com quatro tipos de benefícios, definidos da seguinte forma: toda família que tem renda *per capita* mensal informada no Cadastro Único inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) recebe o Benefício Básico, no valor fixo de R\$ 70,00 (setenta reais). Além deste, todas famílias com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa e que tenham em sua composição filhos até 15 (quinze) anos, recebem o Benefício Variável, no valor de R\$ 32,00 (trinta e dois reais) por filho (até o limite de cinco filhos). Aquelas que tem filhos de 16 e 17 anos recebem o Benefício Variável Jovem (BVJ), no valor de R\$ 38,00 (trinta e oito reais) por filho (até dois jovens). E ainda há os benefícios para gestantes e nutrizes, no valor de R\$ 32,00 (trinta e dois reais) por mês, também.

Além disso, em 2012, foi criado o Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP). O BSP é concedido às famílias que, mesmo recebendo os demais benefícios Bolsa família, continuam em situação de pobreza extrema (renda *per capita* mensal de até R\$ 70,00 – setenta reais). O valor do benefício correspondente ao necessário para que a família supere os R\$ 70,00 (setenta reais) mensais por pessoa.

Cabe anotar que os valores são calculados para toda a família, e não individualmente, sendo possível, por exemplo, o caso de pagamento do Benefício Variável a mais de uma gestante da mesma família, sendo limitado, em qualquer caso, ao limite de cinco beneficiários para esse benefício.

Dessa forma, a transferência de recursos para as famílias atendidas pelo Programa pode variar de um mínimo de R\$ 70,00 (setenta reais), para aquelas que só recebem o Benefício Básico, até R\$ 560,00 (quinhentos e sessenta reais), caso uma família receba, além do Benefício Básico, também o Benefício Variável para cinco crianças e/ou gestantes, o Benefício Variável Jovem para dois adolescentes e ainda o Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância.

Quanto às condicionalidades, quando a família passa a receber o Programa Bolsa Família, ela assume compromissos de manter todos os seus membros acompanhados pelas áreas da saúde e educação. Cumprir esses compromissos faz parte das regras para permanecer no Programa:

- Educação: Para continuar recebendo o benefício, a família deve matricular e acompanhar a frequência na escola das crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos. No caso das crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos, a frequência escolar mínima exigida é de 85% e, para os jovens de 16 e 17 anos, é de 75%. Caso o (a) aluno (a) precise faltar, é preciso explicar o motivo à escola; e
- Saúde: a família deverá cumprir os cuidados básicos em relação à saúde, ou seja, cumprir com o calendário de vacinação, para as crianças entre 0 e 6 anos e com a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação.

As famílias em situação de descumprimento de condicionalidades receberão avisos por escrito para informá-las sobre a situação do benefício e lembrar-se dos compromissos com a saúde e a educação dos membros da família. As penalidades para o descumprimento das condicionalidades são: advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento do benefício, conforme a reincidência:

1º Registro: não há sanção, apenas advertência. Família passa a ser considerada em situação de inadimplência e deve estar atenta ao cumprimento de seus compromissos de saúde e educação, mas continua recebendo o benefício normalmente.

2º Registro: bloqueio. Uma parcela de pagamento do benefício fica retida por um mês, e a família deve estar atenta e voltar a cumprir seus compromissos com o PBF, pois, no próximo registro de descumprimento, deixará de receber parcelas do benefício.

3º Registro: suspensão do benefício por dois meses, a partir do terceiro registro de descumprimento, e reiteradamente, a partir da ocorrência de novos episódios de descumprimento;

4º Registro: cancelamento do benefício, somente após registro no Sistema de Condicionalidades – SICON – de que a família foi inserida em serviço socioassistencial de acompanhamento familiar do município e, cumulativamente:

a) permaneça em situação de suspensão durante 12 meses, contados a partir da data de coexistência do acompanhamento familiar e da fase de suspensão; e

b) se, após 12 meses, apresentou novo descumprimento com efeito no benefício nas repercussões posteriores, respeitando os 6 meses para reinício dos efeitos gradativos.

3.COBERTURA DO PROGRAMA E LEGISLAÇÃO PERTINENTE

Segundo dados do Portal Bolsa Família 10 anos, em 2013, o Programa atendeu 13,8 milhões de famílias em todo o Brasil.

Segundo o Portal do BSM, em março de 2013, os últimos brasileiros do Programa Bolsa Família que ainda viviam na miséria transpuseram a linha da extrema pobreza. Com eles, 22 milhões de pessoas superaram tal condição desde o lançamento do Plano.

O Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, resultado da conversão da Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, durante o primeiro mandato do Governo de Luis Inácio Lula da Silva. Tratou-se, naquele momento, da unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal implementadas a partir de 2001, no segundo mandato do Governo Fernando Henrique Cardoso, como o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação (Bolsa Escola), instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA), criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde (Bolsa Alimentação), este instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 06 de setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás,

instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

Segundo a Exposição de Motivos da referida Medida Provisória, “os programas dessa natureza, implementados no âmbito do Governo Federal, a partir de 2001 [...] não foram planejados para formar um conjunto integrado – ao contrário – nasceram de forma independente, não se constituindo em uma política dotada dos necessários atributos de complementaridade e integralidade. A ausência de articulação entre esses programas reforça a lógica setorial e departamentalizada que pulveriza recursos.”

Houve alterações posteriores na Lei do Bolsa Família:

LEI 11.692, DE 10/06/2008: ALTERA OS ARTS. 2º E 3º

LEI 12.058, DE 13/10/2009: ACRESCE OS PARÁGRAFOS 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º E 7º AO ART. 8º

LEI 12.512, DE 14/10/2011: ALTERA O INCISO II DO ART. 2º; ACRESCE PARÁGRAFO ÚNICO AO ART. 11; ALTERA O ART. 14 E ACRESCE O ART. 14-A

MPV 570, DE 14/05/2012: ALTERA O ART. 2º (CONVERTIDA)

LEI 12.722, DE 03/10/2012: ALTERA O ART. 2º

MPV 590, DE 29/11/2012: ALTERA ARTS. 2º E 6º (CONVERTIDA)

MPV 607, DE 19/02/2013: ACRESCE ART. 2º-A

LEI 12.817, DE 05/06/2013: ALTERA ARTS. 2º, 6º E ACRESCE ART. 2º-A

Tais alterações, mesmo com algumas particularidades, mantiveram as características principais do Programa Bolsa Família.

4.POSICIONAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS E A RELAÇÃO DO PBF COM O CRAS

Os beneficiários satisfeitos acreditam que, diferentemente de vários outros programas do governo, o Bolsa Família realmente prioriza o atendimento aos mais pobres, não investe somente nos idosos ou nas crianças. Os recursos são distribuídos por todo o país, ou seja, há famílias que recebem o benefício em todas as regiões do Brasil.

A implantação de programas sociais deve garantir outros apoios para a população. Promover os direitos fundamentais, garantir o acesso à educação, facilitar o transporte público. Toda a população deve ter direito a uma vida digna, o PBF minimiza os problemas sociais da população contemplada, mas a vulnerabilidade continua, pois além de assistir, precisamos de alternativas que garantam o acesso de tais famílias ao mercado de trabalho, por exemplo.

Tanto o Programa Bolsa Família (PBF) quanto o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) são programas do Plano Brasil Sem Miséria (BSM).

Os CRAS são os pontos de atendimento de todos dos programas englobados pelo Brasil Sem Miséria, contando com sete mil unidades existentes no País¹².

¹² BRASIL. MDS. Disponível em
<<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20plano-brasil->

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o Programa Bolsa Família é uma política pública do governo brasileiro que foi criado para ajudar as famílias que estão passando por um momento de maior necessidade. O programa tem transferência direta de renda, ou seja, não passa pela mão de terceiros.

As famílias assumem compromissos com a educação e a saúde. No ano de 2013 o programa chegou a atender 13,8 milhões de famílias em todo o Brasil. E tirou da extrema pobreza, ainda em 2013, 22 milhões de pessoas superaram tal condição, com o plano. É importante ressaltar que eles viviam em miséria e transpuseram a linha da extrema pobreza.

O CRAS, assim como o Bolsa família, são Políticas Públicas de fomento social que estão inseridas no programa Brasil Sem Miséria, que é uma ferramenta governamental que tem garantido a queda da extrema pobreza no Brasil.

A busca de uma vida melhor é característica de populações de países em desenvolvimento e assim o governo tende a implantar assistências e projetos sociais que tendem priorizar a melhoria da vida das populações mais humildes. Essas políticas públicas são medidas emergências, para servirem em momentos de maiores necessidades. E deve ser encarada pela população como uma ferramenta de ascensão social.

sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>. Acesso em 15/05/2014.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Brasil sem Miséria. Disponível em <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/apresentacao>> . Acesso em 15/05/2014.

BRASIL. MDS. Disponível em <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/>>. Acesso em 15/05/2014.

BRASIL. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em 15/05/2014.

BRASIL. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20/plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em 15/05/2014.

BRASIL. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20/plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em 15/05/2014.

DICIO. *Dicionário Online de Língua Portuguesa*. Disponível em <<http://www.dicio.com.br/nutriz/>>. Acesso em 24/05/2014.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo, SERPA, Mauro
Pinto. *Direito e Políticas Públicas*: extrato da
pesquisa de programas sociais vigentes em 2012.
Brasília: JRG, 2013.

Capítulo 9: PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: SEGUNDA ANÁLISE

Ana Livia Soares dos Santos*
Marlúcia Teixeira*
Michelle Assis*
Micaelle da Silva*
Millene Mendes*
Miriam Mendes*

INTRODUÇÃO

O Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde tem por objetivo orientar os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Coordenações Estaduais e Municipais do Programa Bolsa Família sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família PBF. Ele detalha sobre: o que é, quando foi criado, o objetivo e a quem se destina o papel das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; os benefícios do Programa e básico e variável, ainda explica quais são as condicionalidades e seus objetivos, descreve sobre as ofertas das ações de saúde às famílias beneficiárias e retrata a relação entre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN e o Programa Bolsa Família, além de orientar o registro das informações no Mapa de acompanhamento dos cadastrados. O Programa Bolsa Família foi

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

instituído pela Lei n. o 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n. o 5.209, de 17 de setembro de 2004. A Portaria Interministerial n. o 2.509, de 18 de novembro de 2004, por sua vez, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. O Programa Bolsa Família foi criado para apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito aos serviços sociais básicos. Para isso, o Governo Federal transfere renda direto para as famílias, sendo o saque feito mensalmente, além de promover o acesso à saúde, educação e assistência social.

Os benefícios financeiros concedidos às famílias vão de acordo com o seu perfil que vai do benefício básico ao benefício variável crianças e adolescentes de 0 a 15 anos tem recebem o benefício variável vinculado ao adolescente com idades entre 16 e 17 anos. Família com renda por pessoa de até R\$ 70,00 por mês R\$ 68,00 R\$ 22,00 a R\$ 66,00. As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma Equipe de Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde.

É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, deixando-a ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição. Existe ações de acompanhamento a essas famílias na atenção básica do Sistema Único de saúde,

onde o SUS foi assumido conforme a portaria 2669 pelos estados e municípios por meio do pacto pela vida, incluindo um grande indicador sobre no percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa acompanhadas pela Atenção Básica. Destaca-se cada vez mais o importante papel que o SUS onde tem melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente os que encontram a sociedade dentro da linha de pobreza do país.

O governo federal, criou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, onde reafirmou o direito de alimentação saudáveis para todos garantindo direito de cada um, pois a sociedade necessita, para um bom crescimento da população com credibilidade nesses alimentos. As redes deve procurar melhores condições a esses acessos e se são de boa qualidade, verificando se tem a taxa nutricional suficiente atendendo aos requisitos nutricionais. Colaborar para o desenvolvimento diário e o ganho de nutrientes que e determinados a todos alimentos.

E de extrema importância a participação de um agente de saúde para que possa auxilia-los em determinantes situações diária da sua localidade. Indicar um responsável da saúde para poder coordenar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, no âmbito da saúde. Participar da coordenação Inter setorial do Programa Bolsa Família prevista no art. 14 do Decreto nº 5.209, de 2004, no âmbito municipal onde e feito anotações mensalmente. Implantar a

Vigilância Alimentar e Nutricional, com as informações sobre o acompanhamento.

Saber direcionar o processo das atualizações das informações de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família nos aplicativos da Vigilância Alimentar e Nutricional, capacitar as equipes de saúde para o acompanhamento de gestantes, nutrizes e crianças das famílias, promover semestralmente, o acompanhamento das famílias atendidas.

Promover o aumento das crianças dentro de sala de aula, assim aumentando a educação e alfabetização oferecidas pelo governo e diminuindo a taxa de pobreza extrema nas famílias de baixa renda, oferecendo proposta para a maioria das comunidades que não tem condições.

Podem participar do Bolsa Família, as famílias em situação de extrema pobreza, com renda mensal de até R\$ 60,00 (sessenta reais) por pessoa; famílias que não tenham recurso necessário para sobrevivência, entendidas como aquelas com renda mensal de até R\$ 120,00 (cento e vinte reais) por pessoa, e que tenham membros gestantes, nutrizes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos.

O programa tem os seguintes benefícios : O benefício básico, no valor de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais), concedido a famílias em situação de pobreza extrema, independe da composição e do número de pessoas do grupo familiar; varia o benefício, no valor de R\$ 18,00 (dezoito reais) por pessoa beneficiada, concedido às famílias pobres e

no estado Maximo de pobreza que tenham, sob sua responsabilidade, gestantes, nutrizes, crianças (entre zero e doze anos) e adolescentes até 15 (quinze) anos, até o máximo de 3 (três) benefícios por família.

As famílias em situação de máxima pobreza poderão acumular o benefício básico e o variável, chegando ao máximo de R\$ 112,00 mensais (R\$ 58,00 do benefício básico mais R\$ 54,00 do benefício variável). As famílias pobres com renda entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00 podem receber até R\$ 54,00.

Trata se de uma campanha de promoção da família, é necessário que a família contemplada cumpra as chamadas condições” estabelecidas pelo programa, que são: O acompanhamento da saúde, inclusive pré-natal, e do estado nutricional de todos os integrantes da família; A matrícula no ensino fundamental e a assiduidade de 85% à escola de todas as crianças em idade escolar; A participação em campanhas de educação alimentar, quando ações dessa natureza forem oferecidas pelos governos federal, estadual e/ou municipal.

Os remanescentes programas Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Bolsa Alimentação; Mais eficácia e transparência nos gastos públicos, visto que o benefício é pago às famílias diretamente por intermédio de cartão bancário; combinação entre Governo Federal, Estados e municípios, com a intuito de fortalecer a ação de todos na erradicação à pobreza.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no que diz respeito ao apoio, à pronúncia intersectorial e à fiscalização das acções governamentais para o feito das condições da campanha Bolsa Família. Será responsável, também, por oferecer a actual base do Cadastramento Único do Governo Federal aos Ministérios da Educação e da Saúde. , No que diz respeito o ministério da educação à frequência mínima de 85% da carga horária escolar mensal, em estabelecimentos de ensino regular, de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos;

O segundo Ministério da Saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, do atendimento ao pré-natal e ao recém-nascido, da vacinação, bem como da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos; Os estados, Distrito Federal e municípios que reunirem as condições técnicas e operacionais para a gerencia do acompanhamento das condições do Programa Bolsa Família também poderão exercer essa atribuição na forma disciplinada pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e da Educação.

Dois situações diferentes existem para quem quer entrar no Programa do Bolsa Família: Quem já é contemplado de algum dos programas remanescentes (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio-Gás) deve aguardar sua inserção, que vai depender de vários factores: combinação entre União, estados e municípios;

oferecimento de vagas no estado/município; ampliação dos recursos orçamentários, etc. Até ser incluído no novo programa, o contemplado vai continuar sendo provido normalmente seus benefícios, na data de sempre, sem nenhuma variação. Quem não é beneficiário de programas remanescentes, mas já é cadastrado, deverá esperar sua inclusão como beneficiário do programa de acordo com as regras do programa.

O QUE É PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

O Bolsa Família surgiu para enfrentar o maior desafio da sociedade, na intenção de erradicar a fome miséria, dando assistência famílias que não tenham recursos necessários de sobrevivência país.

É um programa de repasse direto de renda que contempla famílias que encontra-se em estado máximo pobreza, o bolsa família incorpora o plano Brasil sem miséria com ênfase de atuação, brasileiros com renda per capita a 77reais mensais.

De acordo com governo no mês de abril de 2014 o programa foi pago a 14.145.274 famílias atingindo cerca de 50 milhões de pessoas. Quatro tipos de benefícios são disponibilizados no bolsa família: o básico, a variável, a variável para jovem e o para superação da extrema pobreza.

O Básico, dado às famílias em situação máxima pobreza, é de 77 reais mensais, independentemente da composição familiar. Já o Variável, no valor de 35 reais, é concedido às famílias pobres e extremamente pobres que tenham crianças e adolescentes entre 0 e 15 anos, gestantes ou nutrizes, e pode chegar ao teto de cinco benefícios por família, ou seja 160 reais. As famílias em situação de extrema pobreza podem acumular o benefício Básico e o Variável, até o máximo de 230 reais por mês.

O benefício alterável para Jovem, de 42 reais, é concedido às famílias pobres e extremamente pobres que tenham adolescentes

entre 16 e 17 anos, matriculados na escola. A família pode acumular até dois benefícios, ou seja, 84 reais.

Já o para Superação da Extrema Pobreza é disponibilizado às famílias em situação de pobreza máxima. Cada família pode ter direito a um benefício. O valor varia em razão do cálculo realizado a partir da renda per capita da família e do benefício já recebido no programa.

As famílias em situação máxima de pobreza podem acumular o benefício Básico, o Variável para Jovem, até o máximo de 306 reais por mês, como também podem acumular um benefício para Superação da Extrema Pobreza.

COMO O GOVERNO SABE QUEM TEM QUE RECEBER O BOLSA FAMÍLIA?

A escolha das famílias para o Bolsa Família é feita com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, fonte de coleta e gestão de dados que tem como objetivo identificar as famílias de baixa renda existentes no Brasil. Baseados nesses dados, o Ministério do Desenvolvimento Social seleciona as famílias que receberão o benefício.

QUAIS SÃO AS REGRAS PARA PODER RECEBER O BENEFÍCIO?

Podem receber o benefício as famílias que não tenha quase nenhum recurso de sobrevivência , com renda per capita de até 70 reais por mês; aquelas que são consideradas pobres, renda per capita entre 70,01 reais e 140 reais por mês; e as que são pobres ou extremamente pobres e tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos (sendo nesses últimos casos um valor maior do que o fornecido às famílias sem crianças, adolescentes ou gestantes).

O papel da prefeitura é fazer o cadastramento, atualização dos dados, acompanhar as condições dos benefícios, articular e promover ações complementares.

As contrapartidas que as famílias precisam dar na área da saúde são: levar o cartão de vacina e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. Mulheres na faixa de 14 e 44 anos devem fazer acompanhamento médico. Gestantes e lactantes devem fazer o pré-natal e o acompanhamento de sua saúde e do bebê.

Na educação todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos dever estar matriculados e ter frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária e os estudantes entre 16 e 17 anos frequência de no mínimo, 75%. Na área de assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil devem participar dos

Serviços de convivência e Fortalecimento de Vínculos e obter frequência mínima de 85%.

Cabe ao poder público fazer o acompanhamento gerencial para identificar os motivos de não cumprimento das condicionalidades. Depois disso são implementadas ações de acompanhamento das famílias em descumprimento, consideradas em situação de maior vulnerabilidade social.

A família que achar dificuldades em cumprir as contrapartidas deverá procurar o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (Creas) ou a equipe de assistência social do município. Se não tomar nenhuma dessas atitudes, corre o risco de ter o benefício bloqueado, suspenso ou até mesmo cancelado.

O Brasil sem miséria lançou a Ação Brasil Carinhoso para atender as crianças de zero a seis anos. A ação Brasil Carinhoso foi concebida numa perspectiva de atenção integral que também articula reforço de políticas ligadas à saúde e à educação. Foi criado um complemento do benefício o Bolsa Família, que garante que os beneficiários tenham uma renda mensal de pelo menos 70 reais, saindo da situação de extrema pobreza.

Atualmente, esse complemento foi estendido para as famílias com crianças e jovens de até 15 anos e a todas as famílias de extrema pobreza. Para o governo, hoje não é mais possível considerar o complemento do Bolsa Família para famílias em extrema pobreza seja parte do Brasil

Carinhoso. Ele é nominado como complemento do Brasil Sem Miséria.

O Bolsa Família foi criado por meio da lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Sua regulamentação se deu por meio do Decreto nº 5.209, de 17/09/2004.

Criado para atender aos direitos sociais, o Bolsa Família não é um direito constitucional, no entanto o projeto de lei do pré-candidato à presidência pelo PSDB, Aécio Neves, prevê que o programa seja incorporado à Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) com objetivo de assegurar o benefício como política pública.

Alguns estudiosos do programa defendem que se o benefício se tornar um direito constitucionalizado deixará de ser uma política pública de governo – ou atrelada a um partido – para se tornar de Estado.

O acompanhamento das famílias é feito por um responsável técnico municipal do PBF na Secretaria de Saúde deve identificar a relação das famílias beneficiárias do seu município, as quais precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (janeiro a junho - 1ª vigência - e julho a dezembro - 2ª vigência). A identificação dessas famílias é realizada por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde no qual também se inserem as informações do acompanhamento e monitoram-se as ações e condicionalidades da Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DE GESTANTES PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO VARIÁVEL À GESTANTE (BVG)

A identificação das famílias elegíveis ao BVG é feita pela saúde, por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. A implementação desse benefício, que objetiva o aumento da proteção à mãe e ao bebê, elevando a renda familiar na gestação e na primeira infância, amplia-se a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF. Assim, este benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal. Quanto antes for informado a ocorrência da gestação, mais rapidamente a família receberá o benefício.

A pouco tempo, o Brasil adotou um bordão: “País rico é país sem pobreza” com a inclusão de diversos programas complementares. Em 2012 foi criado o Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas Trabalho), o programa Telefone Social e a criação do programa para retirar as famílias do Bolsa Família da situação de extrema pobreza. Além disso, mais de 40 mil escolas foram incluídas no Programa Saúde na Escola, o critério de seleção foi pelas instituições que mais tem alunos cadastrados no programa.

Há pouco tempo, o Brasil assumiu uma expressão: “País rico é país sem pobreza” houve a inclusão de vários programas complementares. Foi

criado em 2012 o Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas Trabalho), foi criado o programa Telefone Social com o objetivo de ajudar as famílias da Bolsa Família da situação de pobreza extrema. Foram incluídos no programa cerca de 40 mil escolas, a escolha foi feita pela quantidade de alunos inscritos no programa.

QUAL É O OBJETIVO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

Vencer a fome, motivar a uma boa alimentação nutricional; facilitar o acesso ao serviço público como saúde e educação as famílias carentes; combater situação extrema de pobreza e desigualdade das famílias carente; junção dos órgãos públicos para ajudar as famílias pobres.

COMO RECEBER BOLSA FAMÍLIA?

O cadastramento na bolsa família deve-se mater. contato com o responsável no município com a apresentação do RG e CPF será realizado o cadastro do candidato ao benefício, logo após o município, insere no Cadastro Único as informações e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) seleciona as famílias por meio da renda per capita. A família recebe uma carta informando a disponibilidade do cartão para a retirada do benefício. .

O QUE É RENDA PER CAPITA?

Entende-se por renda per capita o valor total recebido pela família, este valor deve A lei 10.836/04 define os valores a serem pagos pelo Bolsa Família o valor e repassado mensalmente para as famílias. Os pagamentos são realizados pela Caixa Econômica Federal (Caixa) que atua como agente operador para o MDS. A Caixa tem como dever a elaboração de relatórios para acompanhar e avaliar o Bolsa Família. A caixa econômica é responsável pela distribuição dos cartões e pagamento do benefício nos municípios. A família pode sacar o benefício com o cartão social no prazo de 90 dias após a liberação do benefício após esta data o mesmo será recolhido pelo MDS.

Desde 2011 o programa também inclui o valor de R\$ 32,00 para mulheres e gestantes até seis meses do período de amamentação. Sibec: Sistema de Benefícios ao Cidadão é um mecanismo para administração dos benefícios que permite que o usuário consulte seus benefícios, relatório sobre o estado ou município e outros conteúdos.

São disponibilizados os seguintes benefícios:

Benefício Básico: Pago para famílias consideradas extremamente pobres.

Benefício Variável: Concedido para as famílias que tenham crianças entre 0 e 15 anos e

gestantes. Mas, pode ser pago até 5 benefícios por família.

Benefício Variável Vinculado ao Adolescente: Pago para as famílias que tenham jovens com idades entre 16 e 17 anos.

Benefício Variável de Caráter Extraordinário: Para famílias que foram migradas de programas remanescentes.

Benefício de Extrema Pobreza na Primeira Infância: Dado para que famílias que tenham crianças entre 0 e 15 anos superem o valor de R\$ 70,00 mensal por pessoa.

QUEM TEM DIREITO À BOLSA FAMÍLIA 2017?

Deve ser comprovada pela família a situação de pobreza familiar. A renda entre os membros da família não deve ultrapassar 170,00 mensais. Se a renda mensal da família seja inferior a R\$ 85,00 por pessoa, a família receber um auxílio extra, para ajudar a superar a pobreza.

É necessário comprovar que as crianças estão matriculadas e assíduas na escola bem como apresentar o cartão de vacina em dias.. Esses são os critérios para que o benefício continue sendo pago, caso uma família não cumpra alguma dessas obrigações, o benefício é cortado até que a situação seja regularizada.

VALOR DO BOLSA FAMÍLIA 2017

O valor do Bolsa Família varia de família para família, sendo resultado de uma composição de valores que inclui: se a família tem o rendimento de R\$ 85,00 para famílias que tenham renda mensal inferior a R\$ 85,00 por pessoa. Esse benefício serve para ajudar aquelas famílias que se encontram em situação de pobreza extrema.

Outro critério é o número de filhos de 0 a 15 matriculados na escola – a cada filho cadastrado, a família recebe um auxílio de R\$ 39,00, sendo possível cadastrar no programa até 5 filhos ou dependentes.

Por cada adolescente entre 16 e 17 anos que esteja em dias com os estudos será disponibilizado 46,00 reais por adolescente.

PORTAL BOLSA FAMÍLIA

No portal do Bolsa Família todas as famílias integrantes podem obter informações, documentos e tirar suas dúvidas sobre o programa. Com ele você descobre o que é a Bolsa Família, como funciona e obtém as diferentes formas de contato. Também é possível adquirir informações sobre o programa na área da saúde, ver os relatórios consolidados, obter acesso restrito, ver os documentos e várias ferramentas.

PORTAL BOLSA FAMÍLIA CAIXA

Como a principal responsável pelo pagamento do Bolsa família a Caixa Econômica Federal e, portanto uma instituição que pode lhe orientar em diversos procedimentos. As dúvidas podem sentira das em uma agência próxima ou no site da Caixa para tirar suas dúvidas sobre o programa, j a instituição possui uma parte do seu site dedicada apenas a ele. Nessa partícula do site você tem acesso a todas as informações do Bolsa Família e às respostas de diversas dúvidas.

Dessa forma o cliente fica ciente de tudo sobre o benefício e pode realmente decidir se vale a pena ou não solicitá-lo. Entre outras formas de contato para tirar dúvidas sobre o benefício, podemos destacar: Atendimento Caixa ao Cidadão (0800-726-0207), Atendimento Caixa aos Gestores (0800-573-0104), Suporte ao Sistema ((61) 3315-9015) e Central de Relacionamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (0800-707-2003).

Uma das principais bandeiras dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, o programa de transferência de renda Bolsa Família entrou na pauta eleitoral de 2014.

Qual dispõe certo ao Bolsa Família 2017? Para alcançar admissão ao Bolsa Família 2017 é indispensável que a família confirme situação de extrema pobreza. Famílias em que a média de faturamento entre todos os integrantes da família não extrapole os R\$170,00 mensais tem direito.

Caso o faturamento mensal da família ainda seja inferior a R\$ 85,00 por pessoa, a família poderá receber um reforço extra, para ajudar a superar a pobreza.

Além do mais , é indispensável confirmar que as crianças estão estudando, na época exato e se estão com a carteira de vacinação em dia. Esses dois parâmetros são mandatários para que o privilégio continue sendo pago, caso uma família não cumpra alguma dessas atividades, o privilegio é cortado até que a situação seja positivo.

VALOR DO BOLSA FAMÍLIA 2017

É considerável destacar-se quais são os princípios que cada família recebe do Governo, quando são premiados no Bolsa Família 2017. Ao adverso de outros privilégios ofertado pela União, o valor do Bolsa Família varia de família para família, sendo consequência de uma composição de valores que inclui: um primeiro valor pago é o rendimento de R\$ 85,00 para famílias que tenham renda mensal inferior a R\$ 85,00 por pessoa. Esse privilégio serve para ajudar aquelas famílias que se encontram em situação de pobreza extrema. Outra variável no valor do benefício é o número de filhos de 0 a 15 matriculados na escola – a cada filho cadastrado, a família recebe um auxílio de R\$ 39,00, sendo possível cadastrar no programa até 5 filhos ou dependentes.

Além disso, as famílias recebem mais R\$ 46,00 por cada adolescente entre 16 e 17 que esteja em dia com os estudos. Nesse caso, é permitido cadastrar até 2 jovens no programa para receber o auxílio.

PORTAL BOLSA FAMÍLIA

O portal Bolsa Família é um local onde todas as famílias integrantes podem conseguir conhecimentos , documentos e tirar suas incertezas sobre o programa. Nele você descobre o que é o Bolsa Família, como funciona e obtém as diferentes formas de contato. Ainda é possível adquirir informações sobre o programa na área da saúde, ver os relatórios consolidados, obter acesso restrito, ver os documentos e várias ferramentas.

ENTRADA BOLSA FAMÍLIA CAIXA

A Caixa Econômica Federal é a fundamental cumpridor pelos rendimentos do Bolsa Família e, por isso uma associação que pode lhe guiar em vários métodos. Você pode se coordenar a uma agência próxima ou ao site da Caixa para tirar suas incertezas sobre o programa, já que a instituição possui uma parte do seu site dedicada apenas a ele. Nessa partícula do site você tem acesso a todas as informações do Bolsa Família e às respostas de diversas dúvidas.

Dessa forma você fica conhecedor de tudo sobre o privilegio e pode de verdade resolver se vale a pena ou não procura-lo. Entre outros contornos de contato para tirar incertezas sobre o benefício, podemos ressaltar: Atendimento Caixa ao Cidadão (0800-726-0207), Atendimento Caixa aos Gestores (0800-573-0104), Suporte ao Sistema ((61) 3315-9015) e Central de Relacionamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (0800-707-2003).

Uma das principais bandeiras dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, o programa de transferência de renda Bolsa Família entrou na pauta eleitoral de 2014.

A comunicação da correção de 10% em cadeia nacional, feito às vésperas do 1º de maio pela presidenta Dilma Rousseff, e as análises de seu antagonista Aécio Neves – de que o aumento é pouco e não atende às recomendações das Nações Unidas sobre o combate à pobreza - mostram que o

benefício dado pelo governo federal será alvo de debate e disputa durante a campanha eleitoral. Há pouco tempo , o cantor Ney Matogrosso também eliminou o governo, ao tecer críticas ao programa social.

O Brasil Sem Miséria lançou a Ação Brasil Carinhoso Para atender as crianças de zero a seis anos – fase crucial do desenvolvimento físico e intelectual. A Ação Brasil Carinhoso foi concebida numa perspectiva de atenção integral que também articula reforço de políticas ligadas à saúde e à educação. Por isso, envolve o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC).

Em um primeiro instante, foi elaborado um acréscimo do benefício do Bolsa Família, assegura que todos os beneficiários tenham uma renda mensal de pelo menos 70 reais, saindo do cenário da extrema pobreza. Na atualidade , todavia, esse acréscimo foi desenvolvido para as famílias com crianças e jovens de até 15 anos e a todas as famílias em situação de extrema pobreza.

Segundo o governo, portanto , hoje não é mais provável considerar que o acréscimo do Bolsa Família para famílias em extrema pobreza seja parte do Brasil Carinhoso. Ele é nominado como complemento do Brasil Sem Miséria.

Recentemente, a presidenta Dilma Rousseff anunciou um reajuste de 10% no Bolsa Família. Como ele será feito?

De acordo com o Decreto nº 8.232, de 30 de abril de 2014, esse aumento terá efeitos a partir de 1º junho de 2014. Assim, o programa passará a atender famílias que tenham renda mensal por pessoa de até 77 reais (extrema pobreza) e famílias com renda per capita entre 77,01 reais e 154 reais (pobreza), desde que, nesse caso, haja crianças, adolescentes, gestantes ou nutrizes.

Capítulo 10: PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: TERCEIRA ANÁLISE

Ana Priscila Silva Souza*
Erica Rocha de Sales*
Lorrayne Pereira Tomaz*
Luana Martins Alves*
Maria Letícia Martins de Sousa*

ANÁLISE CUIDADOSA NO BOLSA FAMÍLIA ENCONTRA IRREGULARIDADES EM 1,1 MILHÃO DE BENEFÍCIOS

Essa análise teve o início em junho de 2016 a pedido do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) com a finalidade de encontrar irregularidades no programa e foi encontrado 1,1 milhão de benefícios.

Essa análise é feita por cruzamento de dados dos cadastrados, e foram identificadas várias famílias que recebiam o benefício, mas com informações de rendas declaradas de forma questionadora no cadastro único. A ação foi conjunta e contou com o apoio do INSS, do Ministério da Fazenda, da Casa Civil da Presidência da República, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, da Caixa Econômica Federal (CAIXA) e de todas as secretárias do

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

MDSA tendo a SENARC como coordenadora da ação.

A análise do pente-fino foi obtida em novembro de 2016 após o cruzamento de informações que cada pessoa dispõe no sistema do cadastro único em 6 bases do governo federal, dentre elas:

- Relação Anual de Informações Sociais (RAIS);
- Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do Trabalho;
- Sistema de benefícios permanentes e auxílios pagos pelo INSS;
- Sistema de Controle de Óbitos (SISOBI);
- Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), de servidores públicos do governo federal;
- Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

Destes casos:

- 469 mil casos (3,3%) referem-se a achados de renda subdeclarada acima de meio salário mínimo. Os beneficiários nesta situação terão seus benefícios cancelados já na folha de pagamento de novembro;

- 654 mil casos (4,7%) referem-se a achados de renda subdeclarada que mesmo com o recálculo da renda familiar o beneficiário tenha mantido perfil para permanecer no programa. Os beneficiários nesta situação terão seus benefícios bloqueados e serão convocados para atualização cadastral.

O governo federal também informou que irá convocar 1,4 milhões de famílias a partir de janeiro de 2017 para um processo de averiguação cadastral.

Após as análises feitas com os dados obtidos do cruzamento foram identificadas famílias que tinham uma renda diferente daquela declarada no Cadastro Único. E o governo conseqüentemente executou ações de bloqueio e cancelamento já na folha de novembro por meio da ação de pente-fino no Bolsa Família.

Os benefícios que foram cancelados apresentaram após o recálculo uma renda familiar por pessoa acima de meio salário mínimo (R\$ 440,00). Já os benefícios que foram bloqueados verificaram-se uma renda familiar por pessoa entre R\$ 170,00 e R\$ 440,00.

Em março de 2017 serão cancelados os benefícios das famílias que tiveram o benefício bloqueado e não atualizarem o cadastro até 17 de fevereiro de 2017 ou que apresentarem renda acima do limite permitido para ingresso no programa.

Lembrando que embora o cadastro seja auto declaratório é importante que as famílias sempre que atualizarem o Cadastro Único informem a renda familiar correta evitando maiores problemas.

BOLSA FAMÍLIA – CAIXA

A caixa econômica é o principal meio pelos pagamentos do Bolsa Família, e é com esse intuito que, faz-se importante que a mesma tome os cuidados de sancionar as dúvidas da população e orientar a diversos procedimentos. As pessoas que estiverem necessitando dos serviços, pode se dirigir a uma agência próxima ou ao site da Caixa para tirar suas dúvidas sobre o programa, já que a caixa econômica possui uma parte do seu site dedicada apenas a ele. Dessa forma você tem acesso a todas as informações do Bolsa Família e às respostas de diversas dúvidas. Diante deste fato, a população pode acessar na hora e no local que quiser e com direitos de aceitar ou não esse meio de informações, mas como é sabido que algumas pessoas ainda não possuem um meio eletrônico para tirar dúvidas sobre o programa, temos formas disponíveis como:

Atendimento Caixa ao Cidadão (0800-726-0207);
Atendimento Caixa aos Gestores (0800-573-0104);
Suporte ao Sistema ((61) 3315-9015) e Central de Relacionamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (0800-707-2003).

CONTROLE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O programa contará com uma instância de controle social local, representante do setor público e da sociedade civil irá compô-la, de forma paritária (número de representantes igual). Deverá ser composto por integrantes das áreas de assistência social, saúde, educação, segurança alimentar e da criança e do adolescente, quando existentes, sem prejuízo outras áreas que julgar convenientes ao município.

O conselho ou instancia anteriormente existentes, poderá ser realizar o controle social do Programa Bolsa Família, desde que garantidas a paridade e a intersetorialidade. Os controles externos (TCU) e interno do Poder Executivo (CGU) adicionalmente, poderão atuar na avaliação da execução do Programa.

PAPEL DOS MUNICÍPIOS NO PROGRAMA

Realizar a inscrição das famílias pobres do município no Cadastramento Único do Governo Federal é o papel dos municípios; Promover ações que viabilizem a integração entre os setores de educação, na esfera municipal, saúde e assistência social; disponibilizar, na esfera municipal, serviços e estruturas institucionais da área da assistência social, da educação e de saúde para viabilizar o cumprimento das condições por parte das famílias beneficiárias; garantir apoio técnico-institucional para a gestão local do programa; e suspender, bloquear ou, ainda, cancelar benefícios indevidos.

A fim de garantir o controle social de o programa apoiar e constituir os conselhos municipais; estabelecer parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais, para oferta de programas sociais complementares, com vistas a criar meios e condições de promover a emancipação das famílias beneficiárias etc.

Não é necessário ser especialistas para saber que Brasil possui pouca tradição no que tange aos direitos sociais com capacidade de combater a fome e miséria existente no país desde quando os colonizadores chegaram e implantaram a distância social no sistema econômico além do que a população nativa.

Especialistas apontam que o governo prefere investir na inserção do mercado de trabalho formal ou dentro da segurança pública, implicando futura

ajuda para a economia do PIB e contribuição social. Não seria problema se o acesso social também não fosse negado.

Na era Vargas surgiram os direitos trabalhistas que de certa maneira aumentou a presença social. Porém, do final da primeira metade do século XX até os anos 1988 quase nada foi feito para desenvolver a condição socioeconômica da população que vive as margens da sociedade

Com a constituição de 1988 surgiram as concepções dos direitos sociais levando em vista os princípios universais ao respeito humano. Na época o feito foi considerado histórico, visto que foi primeiro momento de nascimento de programas sem valor contributivo que objetiva garantir conjunto de direitos no âmbito social.

QUAIS AS VANTAGENS DO PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA?

Notícia positiva está no fato de que para ter acesso ao programa os filhos precisam registrar frequência constante na escola. O governo apresenta preocupação com estado de saúde e condições nutricionais da população carente.

O benefício faz parte do programa Fome Zero, cujo objetivo está em garantir com que as famílias brasileiras carentes tenham pelo menos três refeições diferentes por dia. A existência do sistema representa forma de combater a problemática pontual da miséria no Brasil.

Com o desenvolvimento do programa o governo reconhece que deve existir inclusão social além do que políticas que visam retirar da miséria. Um exemplo interessante está na “Promoção da Inclusão Produtiva”, cujo objetivo consiste em ajudar o público carente em ingressar no mercado de trabalho.

As condicionalidades do Programa são realizadas de modo conjunto pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Entre as vantagens apontadas por críticos vale destacar: Combate à fome; Promoção de segurança alimentar e nutricional; Promover acessibilidade aos serviços públicos: Assistência social, educação e saúde; Luta contra a pobreza extrema; Promove sinergia das ações sócias do Poder Público; Estimular emancipação de conjuntos familiares que se encontram na miséria.

QUAIS AS DESVANTAGENS DO PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA?

Ponto negativo de destaque está no fato de existirem condicionalidade para requerer o benefício. Por exemplo, impor que exista frequência na escola para ter acesso à alimentação básica representa contraponto. Levando em conta a ótica do direito não se devem impor condições para ter acesso ao alimento. O bom senso dos valores humanos aponta que os beneficiários deveriam receber assistência apenas por existir a titularidade.

Levando em conta os objetivos do programa o poder público precisa entender que além de diminuir a pobreza e distribuir renda o ponto macro está em gerar inclusão socioeconômica sustentável para famílias com receitas vulneráveis.

Necessário criar meios para criar condições às populações pobres se organizarem e superarem os problemas se desvinculando do programa no sentido de reservar chance para as famílias que ainda não foram beneficiadas e por consequência gerar movimento a deixar a miséria em níveis mínimos. Ao se acomodar a situação de pobreza deve perdurar por longo período e as famílias serão sustentadas ao invés de incentivadas à busca de melhoria social de modo lícito.

A ONU (Organização das Nações Unidas) faz duras críticas ao governo por causa do contraponto, ou seja, fornece pouco dinheiro sem outros métodos de desenvolvimento no campo trabalhista ou na educação para acontecer

evolução social e encerrar o vínculo assistencialista com o governo.

Em Genebra 2011 a instituição mundial apontou limitações consideráveis do modelo ao mundo, com destaque ao apelo político. De fato, existem diferenças entre redução da pobreza e problemática da desigualdade social.

Bolsa família possui programas de inclusão produtiva que consiste em ingressar os beneficiários ao mercado de trabalho demandando. Ou seja, não estão disponíveis cursos acadêmicos que oferecem salários altos no mercado, mas sim as profissões que são demandadas para o Brasil crescer e que estão divididas em trabalhos técnicos. Não existe escolha para a população que quer seguir no mundo das artes, comunicações, entre outros setores.

As reservas destinadas para inclusão produtiva possuem o menor orçamento entre os diversos setores compostos no Programa Bolsa Família. Mesmo assim é divulgado como um dos grandes feitos no mandato da presidenta Dilma Rousseff.

Relatório da ONU divulgado no ano de 2010 garante qualidade nos programas sociais do Programa. Por outro lado, estudo feito por Cesar Zucco, renomado cientista político da Universidade Princeton (EUA) diz não ter certeza sobre os avanços.

Não é necessário ser especialistas para saber que Brasil possui pouca tradição no que tange aos direitos sociais.

No que tange os direitos sociais, não necessariamente precisam ser especialistas para saber que pouca tradição tem o Brasil.

Quando os colonizadores chegaram implantaram a distância social no sistema econômico.

Implantaram a distância social no sistema econômico ao chegarem os colonizadores.

Especialistas apontam que o governo prefere investir na inserção do mercado de trabalho formal ou dentro da segurança pública.

Investir na inserção do mercado de trabalho formal ou dentro da segurança pública, apontam especialistas sobre a preferência do governo.

Não seria problema se o acesso social também não fosse negado.

Se não houvesse também uma negação do acesso social não haveria problema.

Na era Vargas surgiram os direitos trabalhistas que de certa maneira aumentou a presença social.

De certa maneira aumentou a presença social quando surgiram os direitos trabalhistas na era Vargas.

O governo apresenta preocupação com estado de saúde e condições nutricionais da população carente.

Estado de saúde e condições nutricionais da população carente apresentou preocupações ao governo.

Objetivo está em garantir com que as famílias brasileiras carentes tenham pelo menos três refeições diferentes por dia.

Pelo menos três refeições diferentes por dia tem como garantia do objetivo para as famílias carentes.

Estimular emancipação de conjuntos familiares que se encontram na miséria.

Conjuntos familiares que se encontram na miséria estimulando emancipação.

Impor que exista frequência na escola para ter acesso à alimentação básica representa contraponto.

Representação de contraponto quando se impõe que exista frequência na escola para ter acesso à alimentação básica.

Gerar movimento a deixar a miséria em níveis mínimos.

Deixar a miséria em níveis mínimos gerando movimento.

Necessário criar meios para criar condições às populações pobres se organizar.

Para ter condições às populações pobres se organizarem faz se necessário a criação de meios.

Não estão disponíveis cursos acadêmicos que oferecem salários altos no mercado.

No mercado não se tem disponibilidade de cursos acadêmicos que oferecem altos salários.

BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA.

Podem participar do programa as seguintes famílias:

-Famílias carentes com renda mensal de até 60,00(sessenta reais) por pessoa.

-Famílias carentes, como aquelas com renda mensal até 120,00 (cento e vinte) por pessoa e que tenham em sua composição adolescentes até 15 anos, crianças entre 0 (zero) e 12(doze) anos, gestantes e nutrízes.

VALOR MÁXIMO POR FAMÍLIA:

-Chegando ao máximo de 112,00 mensais (58,00 do benefício básico mais 54,00 do benefício variável) das famílias em situações de extrema pobreza poderão acumular o benefício básico e a variável. Famílias carentes com renda entre 60,01 e 120,00 podem receber até 54,00.

RESPONSABILIDADE PELA SELEÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- É responsabilidade do ministério do desenvolvimento social e combate a fome a concessão do benefício.

- Será feito a seleção a partir do cadastramento das famílias, devendo estar atento a veracidade das informações, o município é responsável apenas pelo cadastramento das famílias. Mediante o número de identificação social de uso do governo federal, o MDS fixa os critérios a caixa, agente operacional e identificação do responsável.

Atenção: Não garante o imediato recebimento do benefício com o cadastramento da família no cadastro único dos programas sociais.

**PARA CONTINUAR RECEBENDO OS
BENEFÍCIOS DO PROGRAMA A FAMÍLIA DEVE
MANTER:**

- O cadastro na prefeitura atualizado
- A carga horária escolar mensal de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e a frequência mínima de 85%.
- A vacinação de crianças menores de sete anos, assistência ao pré-natal e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

FÉLIX; FERNANDO; Pente fino no Bolsa Família encontra irregularidades em 1,1 milhão de beneficiários. Brasília DF. 7 de novembro 2016.

Calendário Bolsa Família 2017. Todos os direitos reservados. Disponível em:

calendariobolsafamilia2015.com.br.

Programas do governo. Bolsa família. Disponível em: programasdogoverno.org.com.br.

DUARTE PLATINIER; RENATO; Vantagens e Desvantagens do Bolsa Família. Disponível: <http://economia.culturamix.com/governo/vantagens-e-desvantagens-do-programa-bolsa-familia>

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, Gestão de Recursos Federais – Manual para Agentes Públicos, Brasília, 2007.

Disponível:

http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/ManualGestaoRecursosFederais/Arquivos/cartilha_GestaoRecursosFederais.pdf. Acesso em: 06/03/2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL.

Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/programas/transferencia-de-renda/programa-bolsa-familia>. Acesso em: 06/03/2017.

<http://economia.culturamix.com/governo/vantagens-e-desvantagens-do-programa-bolsa-familia>

Capítulo 11: INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE

Igor Silva Rodrigues*
Karynne Nogueira Bezerra*
Shirlei Pereira da Costa*
Wendell Leysson Barros Faustino*
Aridaia Lima*

INTRODUÇÃO

O objetivo principal no atendimento em saúde ao indivíduo é de um longo período o foco de vários profissionais de saúde, que melhoram e desenvolvem conhecimento científico envolvem diversas disciplinas em seus pontos centrais e, a partir daí, criam práticas que comprovam planos assistenciais subdivididos e especializados (SCHERER *et al*, 2013).

No contexto, essa formação profissional que é atual para todos os setores da saúde, se mostra um dos mais importantes obstáculos da prática da interdisciplinaridade, uma vez que está centrado nas ações individuais das profissões e sem atenção a inclusões de equipes (LOCH-NECKEL *et al*, 2009).

LOCK-NECK (2009), ainda detalha que a instituição do Programa Saúde da Família (PSF),

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

tem em sua estrutura a formação de equipes multiprofissionais com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, entre outros profissionais, e a partir daí incluir esses profissionais à comunidade e mudar o modelo assistencial centralizado e subdividido. Mostra com clareza ser uma proposta para uma modificação do processo assistencial na atenção básica e favorecer a descentralização.

Como motivo importante à interdisciplinaridade é evidenciado a formação acadêmica, os cursos com foco multiprofissional, com a integração de outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas entre outros, se mostram experiências importantes no desempenho interdisciplinar no Brasil (LOCH-NECK, 2009).

Determinar um modelo de assistência interdisciplinar é indicado ainda como modo de ensino, pois, em um sistema integrado de disciplinas onde diversos pensamentos se relacionam e de modo estruturado, dentro de um propósito específico, buscam resultados positivos na saúde, há a formação de níveis de capacidade que resultam em um conjunto de saberes. (PEREIRA *et al*, 2015)

LOCH-NECK (2009), detalha a interdisciplinaridade como atuações integradas realizadas em conjunto por profissionais de diferentes áreas de atuação, de forma criativa, original, flexibilizando o pensar na busca de soluções para problemas de saúde coletivos. Essa

comunicação é apontada como fator importante para superar a divisão dos conhecimentos individuais das especialidades e descomplexificar a abordagem e assistência, buscando a realidade individual e coletiva do público atendido.

Essa ruptura com a visão biológica de assistência em saúde é recente e uma aflição constante, pois passa a considerar todos os elementos envolvidos na prevenção, promoção e recuperação em saúde, e os motivos determinantes para o estado de saúde, doença e qualidade de vida, fatores que vão definir uma sociedade mais saudável ou não. VELLOSSO *et al* (2016), ainda contribui com a relevância de a saúde abraçar os “aspectos multidimensionais” do indivíduo que “só passível de ser entendido interdisciplinarmente”.

A interdisciplinaridade está intimamente relacionada com a intensidade ou no grau de integração que os diferentes saberes se associam, debatem, em um objetivo comum, podendo resolver integralmente a complexidade da Saúde Coletiva, uma vez que exigem desses profissionais diversos pontos de análises do processo de saúde-doença. VELLOSSO *et al* (2016)

RIBEIRO *et al* (2015), ainda evidencia que a colaboração entre os saberes é um nível de envolvimento provável de ser alcançado de forma coordenada, pré-definidas e buscando chegar aos mesmos objetivos. Nesse setor, compete aos profissionais identificar as limitações que os conhecimento de forma individual possuem, e então

proteger, complementar e dirigir-se sobre as cooperações dos demais saberes.

PEREIRA *et al* (2015), ao familiarizar-se com o conhecimento produzido por vários autores diz que a interdisciplinaridade como “*o grau de integração entre as disciplinas, são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do atendimento*”. Aponta ainda a utilidade de superar a divisão das especialidades, reconhecimento e promovendo a valorização das particularidades de cada área e, após conversas, reunir os elementos à assistência à saúde, de forma pública e interativa entre as equipes.

A promoção da saúde ouve várias mudanças, e tem sido bastante extenso e visa uma abordagem completa da complexidade do ser humano, esse foco já se encontra de acordo com Lei regulamentar dos serviços de saúde prestados pelo SUS, Lei 8.080/90, define que diversos motivos possam modificar o estado de saúde e doença do ser humano, por exemplo a alimentação, moradia, ambiente, acesso à serviços públicos, trabalho, educação, lazer, entre outros (FERRO *et al*, 2014).

O panorama do atendimento em saúde tanto do indivíduo como do modo geral passa a ser visto de maneira não biológica ou centrada, mas de forma ampla, mais do que apenas ter acesso à saúde, mas também para produção de imprescindíveis que articulem razões a que o indivíduo ou comunidade está relacionado e

garantir a partir delas a promoção da saúde. Destaca ainda que, nesse contexto, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), lidera esse propósito (SILVA, RODRIGUES 2010).

Segundo SILVA e RODRIGUES (2010), a intersectorialidade é a relação que as organizações ou setores de saúde estabelecem com outros setores presentes na comunidade que visem desenvolver e alcançar resultados em saúde de modo mais *“efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor de saúde agindo por si só.”* GARCIA *et al* (2014), ainda descreve sobre intersectorialidade como diversos saberes que irão se integrar em promover o enfrentamento de problemas sociais voltadas ao coletivo e edificam serviços que supera a desintegração do conhecimento.

A assistência à saúde realizada por uma equipe multiprofissional tem como objetivo vencer os métodos convencionais com atenção dobrada na ação curativa e fragmentada, e a intersectorialidade passa a abordar inúmeros agentes sociais que busquem explorar e estabelecer soluções para questões sociais. A sociedade civil, entidades sociais, educacionais, autoridades, entidades religiosas, organizações não governamentais, estão entre exemplos de atores na comunidade que podem se articular com os serviços de saúde e abrir possibilidades de acesso às comunidades e atende-las nas suas carências públicas de saúde (GARCIA *et al* 2014), ainda demonstra que essa diversidade operantes visa preencher as mais

variadas necessidades de visão individual e coletivo, da qual o indivíduo, é complexamente formado.

A eficiência das praticas intersetoriais em saúde deve ser planejada, implementada, ter seus efeitos e ações analisados e redefinidas de forma integrada, acontecimentos em que cada setor abrangido possa se localizar, com abertura para a conversas, e determinando deveres mútuas na melhoria e promoção da saúde.

No local de saúde os inúmeros determinantes para construção de iniquidades começam a mudar as norma e políticas de saúde formando novos alvos, mudando também as ações que são feitas nas sociedades, por sua vem aumentando a números mais extensivo e, no prosseguimento dessas redes, os gerentes de organizações associadas, profissionais de saúde, e comunidade, tem atitude como tomadores de decisões .

A intersetorialidade e um assunto que vem se tornando cada vez mais habitual no que se refere a saúde coletiva e promoção da saúde, por proporcionar a integração de vários entendimento e poderes no enfrentamento de agravos e, ultrapassando os modelos novos, proporcionar efeitos mais expressivos, com uma responsabilidade múltipla que instiga recursos para conseguir resultados em saúde. Mostrando que estes procedimento devem atender a varias conjuntos e englobando muitos setores, e que a própria sociedade pode ter atuação na efetivação

de ações, ocasionando parcerias em lugares específicos que trabalham ligadas com objetivos comum, quando, mesmo que alguns dos lugares envolvidos abrange desempenhos diferentes, estão interligadas para ultrapassar o modelo dividido e especializado da saúde.

Também dentro dessa estratégia, o objetivo apresenta-se em uma conexão descentralizada, onde as conversas tende a ocorrer de forma aberta, sem hierarquias. As iniciativas se dão na concepção de atingir metas iguais, porém, por subdivisões que tem função diferentes, a exemplo, público e o privado, o Estado e o civil e outros atores.

2.INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE

2.1. CONCEITOS DE DISCIPLINARIDADE, MULTIDISCIPLINARIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE COLETIVA.

“A natureza multidimensional do ser humano requer práticas profissionais interdisciplinares que possam engendrar “formas mais abrangentes e totalizadoras de aproximar-se da realidade”, coerentes com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.”

A complexidade humana exige ações que permeiam todas as disciplinas que possam abraçar a realidade humana com foco nos princípios bases do SUS. [Minayo-Gomes C, Thedim-Costa SMF. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas.* Cad Saude Publica 1997; 13(Supl.2):21-32.]

“A interdisciplinaridade, neste estudo, é entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas, e integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação. Ou seja,

falamos aqui de uma interdisciplinaridade como processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho. Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.”

A interdisciplinaridade apresenta-se como um instrumento crítico para enfrentar os agravos sociais do cotidiano, integrando saberes, práticas, promovendo uma atitude voltada ao conhecimento e ação. A construção obtida vem de éticas e políticas profundamente discutidas a fim de obter soluções. [Scherer MDA, Pires D. *Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação*. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva 2011; 5(1):69-84.]

“O trabalho em saúde é marcado fundamentalmente por algumas características: atende a necessidades complexas e variáveis; não pode ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos; os profissionais precisam de autonomia; é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores; os médicos direcionam o processo assistencial; há dependência do ambiente sociopolítico; parte da força de trabalho é precarizada; e o cenário é de disputa entre atores com diversos interesses, o que demanda um processo de negociação permanente.”

Os atendimentos às complexas e diversas necessidades em saúde devem fugir de ações padronizadas, mas, contar com a liberdade dos profissionais de saúde para manterem toda a

demanda em uma contínua negociação a fim de atender singularmente cada sociedade. [Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Annablume; 2008. Dussault G. *A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências*. Rev Adm Publica 1992; 26(2):8-19.]

“A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico (...). O espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimos a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se nos encontram diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados (p. 37).”

A interdisciplinaridade tem como base uma real integração das disciplinas, rompendo barreiras e abraçando as mais variadas especialidades, como num empréstimo de saberes que possibilitem uma análise mais abrangente, afluírem e assim confrontarem os resultados. [Santos MAM, Cutolo LRA. *A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família*. Arq Catarinenses Medina. 2004;33(3):31-40.]

“A multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou

cooperação. Na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas terminologias são freqüentemente colocadas como sinônimos, o que necessariamente não se constituiria um erro. Rosenfield apud Perini et al. (2001) chama de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma seqüencial ou paralela por disciplinas específicas.”

A multidisciplinaridade se apresenta por conhecimentos que não possuem cooperação, enquanto a pluridisciplinaridade já estabelece vínculos entre os saberes, assim se vistas como sinônimos ambas tratam os problemas de modo seriado ou equivalente.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

“Segundo Zannon, interdisciplinaridade “são ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento”.

De acordo com o autor, a interdisciplinaridade se apresenta como ações básicas do saber que de modo conjunto e integral com relação íntima dos conhecimentos.

Zannon CMAC. *Desafios à psicologia na instituição de saúde*. Psicologia: Ciência Profissão 1994; 13:16-21.

“Gomes acrescenta que o trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. O autor lembra que na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

O autor corrobora que práticas interdisciplinares são por si flexíveis, pois entendem a diversidade dos agravos que atuam na sociedade e, assim, que as soluções não podem ser fechadas, mas sim que devem desfragmentar o conhecimento e absorver suas melhores particularidades e usá-las em conjunto. [Gomes DCR, organizador. *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.]

“Para Meirelles, é o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.”

O diálogo dos saberes, compartilhado e interagido junto com a sociedade é o que facilitará a compreensão da realidade.

Meirelles BHS. *Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV* [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

“Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.”

A atuação dos profissionais de saúde se torna um desafio a partir da necessidade de mudar a sua atuação hoje voltada a clínica do indivíduo. Abraçar o processo coletivo utilizando as contribuições de diversos saberes deve ser a consequência mais valorizada.

Silva IZQJ, Trad LAB. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.* Interface (Botucatu) 2004/2005; 9:25-38.

“O enfoque da interdisciplinaridade reside na tentativa de extrapolar a mera justaposição das contribuições disciplinares, estabelecendo-se um intercâmbio entre especialistas de diversas áreas do conhecimento. Em decorrência das mudanças ocorridas nas últimas décadas no campo da Saúde Coletiva com a inclusão de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos – biomédicas, humanas e físicas – bem como sua complexidade em termos de práticas e formas de intervenção social que se incorporaram ao campo, levam-nos a refletir sobre a irreversibilidade dessa complexidade e sua irredutibilidade a um paradigma monodisciplinar (LUZ, 2009).”

Sendo a intenção interdisciplinar transpor apenas as contribuições e então abraçar um intercâmbio de conhecimento de diversas áreas, nos proporciona uma visão que adotar intervenções monodisciplinares são cada vez mais inúteis.

LUZ, Madel. T. *Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

“Para compreendermos melhor a interdisciplinaridade é preciso conhecer os diferentes paradigmas disciplinares. O paradigma tradicional (positivista) é composto por uma única disciplina, com a redução da realidade mais complexa a menos complexa. O paradigma multidisciplinar consiste na justaposição do conhecimento de vários especialistas; já a interdisciplinaridade busca extrapolar a mera justaposição de saberes disciplinares, estabelecendo-se um intercâmbio e um diálogo entre especialistas de diversas áreas (Luz, 2009), além de uma interdependência entre os diferentes saberes. Ou seja, o que distingue a multidisciplinaridade da interdisciplinaridade é o grau de interação que se estabelece entre as diferentes disciplinas (Oliveira, 2012).”

A interdisciplinaridade avança a partir de outras formas disciplinares tradicionais, ultrapassa o positivismo e a multidisciplinaridade por extrapolar a justaposição e promover o intercâmbio e diálogo das especialidades.

LUZ, Madel. T. *Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e*

transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

OLIVEIRA, Maria A. C.. *A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em enfermagem.* Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1-2, abr. 2012.

2.2. CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

“A articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos é um conceito citado por autores para dar significado à intersectorialidade.”

A conversa dos saberes e das suas respostas às ações já realizadas voltada à solução de dificuldades complexas.

Lima EC, Vilasbôas ALQ. *Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil.* Cad Saude Publica 2011; 27(8):1507-1519.

“As intervenções isoladas possuem baixa efetividade para promover qualidade de vida, fomentar desenvolvimento e superar a exclusão social. A consistência das práticas intersectoriais diz respeito à concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados, bem como orçamentos próprios.”

Considerando que ações particulares são de pouca efetividade na promoção da qualidade de vida, a intersectorialidade vem estabelecendo a concretização de programas estruturados, pensados e popularizados.

Buss PM, Carvalho AI. *Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988- 2008).* Cien Saude Colet A009; 14(6):2305-2316.

“A intersetorialidade é apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial, no entanto permanecem obstáculos referentes à operacionalização das práticas intersetoriais no cotidiano dos serviços.”

Mesmo considerando a intersetorialidade como meio para alteração dos planos assistenciais atuais, as barreiras para essa implementação ainda se esbarra no dia a dia dos serviços.

Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. *Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia*. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2009; 3(3):44-55.

“A intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde.”

A Política Nacional de Atenção Básica no Brasil estabelece responsabilidades os profissionais de saúde ao atuar na Saúde da Família e estabelece a necessidade de promover ações, parcerias, e desenvolvimento de recursos que valorizem propostas e a integração dos projetos voltados à saúde realizados na sociedade.

Cristina AM, Fabrício F, Teixeira FMB, Suss JAC, Lawder LSM, Lima RE, Bueno SJ, Moysés ST. *Intersetorialidade nas*

ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Cien Saude Colet 2010; 15(1):1827-1834.

“A articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.”

A integração dos setores sociais e políticos são fundamentais para o enfrentamento de problemas complexos em saúde, assim, as ações devem se voltar para superação da assistência social fragmentada e buscar atingir novos significados.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. *Intersetorialidade na rede Unida. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35, 2000.

“Campos e colaboradores (2005) destacam outros aspectos que dialogam com a temática da intersetorialidade na promoção da saúde, inserindo novos atores na discussão. Tal ideário delinea-se como uma política que deve transitar em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde, e para isso precisa mobilizar usuários e profissionais da saúde como “protagonistas na organização do processo produtivo em saúde” envolvidos em um “processo de construção compartilhada”, a partir de atitudes dialógicas, flexíveis e generosas (p. 747).”

Diversos autores complementam que para efetividade da intersetorialidade, diversos níveis de gestão devem andar juntas, mobilizando novos profissionais como protagonistas no processo de produção de saúde.

CAMPOS, G.V.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.D. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Rev C S Col.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

“Dentro das estratégias de fomento à intersetorialidade, busca-se a formação de redes descentralizadas, complexas e heterogêneas, para estabelecer o “sentido da unidade na diversidade”, como sugere Luck, citado por Mendes e Akerman (2007,p. 90).”

MENDES, R.; AKERMAN, M. *Intersetorialidade: reflexões e práticas.* In: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. (Org.). *Promoção da saúde e gestão local.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 85-109.

“Partindo desse conceito, Wimmer e Figueiredo afirmam que as micro e macroestratégias intersetoriais construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Portanto, acredita-se que tais articulações e arranjos podem ocorrer através da construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais como: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.”

A intersetorialidade necessita da articulação de diversas esferas da sociedade civil e governamental estabelecendo parcerias para o

enfrentamento de problemas de saúde complexos das mais variadas sociedades.

Wimmer GF, Figueiredo GO. *Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade.* Ciên Saúde Coletiva 2006; 11(1): 145-54.

“A intersetorialidade é operacionalizada por meio da criação de uma rede de compromisso social, estruturada por vínculos e uma ‘presença viva’, na qual instituições, organizações e pessoas se articulam em torno de uma questão da sociedade em um determinado território, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação. Trata-se de um processo dialético e dinâmico, tendo a necessidade de se pôr em prática diferentes tipos de habilidades de negociação e de mediação de conflitos.”

O compromisso social abraçado por diversas esferas sociais e governamentais operacionam a intersetorialidade com vínculos que se relacionam num processo de diálogo e avaliação contínua para redefinição de ações futuras.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. *Promoção da saúde e intersetorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).* Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

“Com a intersetorialidade, busca-se a superação de uma visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade. O reconhecimento dos domínios temáticos propicia a sua comunicação para a construção de uma síntese. Esse seria o caminho para a sinergia nas políticas públicas (MENDES; AC KERMAN, 2007),

para que haja unidade na diversidade, para que se procure um objetivo comum.”

A superação da visão superficial dos agravos em saúde com a tomada de conhecimento que dominar as mais diversas temáticas promovem uma construção de saber é estabelecida pela intersectorialidade como o desenvolvimento de um foco igual a todos.

MENDES, R.; ACKERMAN, M. *Intersetorialidade: reflexões e práticas*. In: FERNANDES, J.; MENDES, R. (Ed.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

2.3. DISCUSSÃO DE MÉTODOS DE INTERVENÇÕES INTERSETORIAIS E INTERDISCIPLINARES PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA PRIMEIRA INFÂNCIA, VIDA ADULTA E IDOSA.

“A segurança alimentar e nutricional, um conceito ainda em construção no Brasil, trata das dimensões culturais, sociais e ambientais relacionadas aos alimentos e à alimentação. O que se come e como se come, em cada sociedade, não se define apenas por escolhas individuais, mas é expressão da interação simultânea de um conjunto de elementos, dentre eles o sistema de produção e distribuição de alimentos; assim como o conhecimento sobre as formas possíveis de preparação e consumo, que, por sua vez, dependem do acesso e da renda; dos hábitos alimentares daquela sociedade; das leis que regem o mercado de trabalho; das relações familiares; do comércio internacional; da ação do Estado para garantir o direito das pessoas a alimentar-se, entre outros.”

Ainda hoje se encontra em formação uma política eficaz para assegurar a alimentação e nutrição da população brasileira em suas mais diversas particularidades. Muitas coisas definem ou determinam o acesso à alimentação e ao modo que se come, assim, é preciso ter-se claro que diversas ações sociais e governamentais precisam

continuamente se articular a fim de garantir o direito ao alimento e nutrição.

SILIPRANDI, E. *Políticas de segurança alimentar e relações de gênero. Cadernos de Debate*, Campinas, v. XI, p. 38-57, 2004.

“Quanto mais contextualizada for a abordagem, melhores condições ter-se-á de desenvolver ações educativas numa perspectiva ampla, não se atendo exclusivamente à informação, mas privilegiando a recriação de sentidos para o ato de comer, na perspectiva de inserir a alimentação num contexto de determinação mais amplo.”

Promover a alimentação com tema amplo e focal se dá por elevar a perspectivas de ações que superem o que é informativamente simples, mas focada na ampliação de definições para o ato de se alimentar.

BOOG, M. C. F.; Rodrigues, E. M. *Educação nutricional: conhecimento da composição de alimentos para promoção de práticas alimentares saudáveis*. In: SALAY, E. (Org.). *Composição de alimentos: uma abordagem multidisciplinar*. Campinas: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação, 2005. p. 113-136 .

“Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à

atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.”

É destacado que nacionalmente, regionalmente e afins, novas ações devem ser estudadas e implementadas com o objetivo de reduzir agravos relacionados à uma alimentação deficitária e, diante de cada realidade empoderar os indivíduos acerca das suas escolhas para ter uma alimentação saudável.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

“O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a).”

Em acordo com o estabelecido em orientações internacionais, o aleitamento materno ainda se mantém como fonte primária e vital para a alimentação desenvolvimento de crianças até o sexto mês.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

“Nas três últimas décadas, a constatação dessas evidências converteu-se em amplo consenso, e a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerado requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano (Valente, 1997).

Nos últimos trinta anos foi estabelecido em consenso que assegurar a alimentação e nutrição é um item básico a ser cumprido visando o melhor desenvolvimento humano nos seus espaços físicos, mentais e sociais.

VALENTE, F.L.S. “Do combate à Fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o Direito à Alimentação adequada”. R. Nutr. PUCCAMP, Campinas. 10 (1): 20-36, jan. jun., 1997. 20-36.

“Caberá aos gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, promover a implementação e a avaliação desta Política, estabelecendo, para tanto, o necessário processo de articulação com aqueles setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional, visando, em especial, o estabelecimento de parcerias e a articulação interinstitucional que possibilitem consolidar compromissos multilaterais. Será buscado, da mesma forma, o estabelecimento de parceria com a sociedade, de modo a alcançar-se a sua efetiva participação na consecução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.”

Ao SUS e seus gestores competem ações que promovam, ponham em prática e reavaliem continuamente as políticas estabelecidas para segurança alimentar e nutricional. Dentre essas

ações está a busca por parcerias que atuem na consolidação dessas metas.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CONCLUSÃO

Considerando todos os esforços para ampliação do modo de assistência em saúde, visando à melhora da qualidade de vida de indivíduos e coletivos, a fim de atingir as metas de políticas públicas em saúde, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade vem criar meios de ampliação das ações de modo social e científico, por lidar com os complexos problemas de saúde envolvendo diversas esferas da sociedade, quais sejam, governos, instituições públicas e/ou privadas, além de recursos e diversos níveis de informação, gerando uma abordagem de um mesmo problema por diversos setores da sociedade.

Neste mesmo caminho, a interdisciplinaridade relaciona com profundidade os diversos saberes dos profissionais, principalmente, os profissionais de saúde, e buscam uma integração profunda desses conhecimentos a fim de sobrepor os antigos métodos assistenciais que possuíam foco individual e fragmentado. Desenvolve-se na busca de conhecimentos amplos e com visão aprofundada da complexidade humana, que dificilmente poderiam ser vistos e tratados com base apenas em experiências de cada profissional e sua ciência.

No Brasil, diversos programas sociais têm o objetivo de desenvolver junto à sociedade os critérios da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ações como a Estratégia da Saúde da Família,

Política Nacional de Atenção Básica, Programa Saúde na Escola, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, para citar alguns, buscam através de seus colaboradores a ampliação da assistência por diversos setores da sociedade e pela promoção de novos conhecimentos integrados na promoção da saúde.

Cientes da alta complexidade que é tratar o ser humano em todas as suas particularidades físicas, emocionais, sociais, trabalhistas, educacionais, entre outras necessidades, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade corroboram com uma assistência mais humana e integral, nesse sentido, mesmo diante das dificuldades de implementação dessas políticas, percebe-se um grande avanço na sociedade brasileira a fim de garantir saúde a todos os brasileiros.

RERÊNCIAS

LOCH-NECKEL *et al.* *Desafios para a ação interdisciplinar da atenção básica: Implicações relativas à composição das equipes de saúde da família.* Sana Catarina. Ciência e Saúde Coletiva. 2009

VELLOSO *et al.* *Interdisciplinaridade e formação da área de saúde coletiva.* Rio de Janeiro. Trabalho Educação em Saúde. 2016

RIBEIRO *et al.* *Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade.* Rio de Janeiro. Trabalho Educação em Saúde. 2015

FERRO *et al.* *Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia da Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios.* São Paulo. O Mundo de São Paulo. 2014

SILVIA, RODRIGUES. *Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades.* Brasília. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010

GARCIA *et al.* *Intersectorialidade na saúde do Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências.* Rio de Janeiro. Saúde Debate. 2014

ANDRADE LO. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec; 2006.

BOOG, M. C. F.; Rodrigues, E. M. *Educação nutricional: conhecimento da composição de alimentos para promoção de práticas alimentares saudáveis*. In: SALAY, E. (Org.). *Composição de alimentos: uma abordagem multidisciplinar*. Campinas: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação, 2005. p. 113-136.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Buss PM, Carvalho AI. *Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988- 2008)*. Cien Saude Colet A009; 14(6):2305-2316.

CAMPOS, G.V.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.D. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. Rev C S Col. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha DG. *Intersectorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia*. Tempus – Actas de Saúde Coletiva. 2009; 3(3):44-55.

Cristina AM, Fabrício F, Teixeira FMB, Suss JAC, Lawder LSM, Lima RE, Bueno SJ, Moysés ST. *Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR)*. Cien Saude Colet 2010; 15(1):1827-1834.

Cristina AM, Fabrício F, Teixeira FMB, Suss JAC, Lawder LSM, Lima RE, Bueno SJ, Moysés ST. *Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde*.

Dussault G. *A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências*. Rev Adm Publica 1992; 26(2):8-19.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. *Intersectorialidade na rede Unida. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35, 2000.

Gomes DCR, organizador. *Equipe de saúde: o desafio da integração*. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Lima EC, Vilasbôas ALQ. *Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil*. Cad Saude Publica 2011; 27(8):1507-1519.

LUZ, Madel. T. *Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

LUZ, Madel. T. *Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

Meirelles BHS. *Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV* [tese].

MENDES, R.; ACKERMAN, M. *Intersetorialidade: reflexões e práticas*. In: FERNANDES, J.; MENDES, R. (Ed.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

MENDES, R.; AKERMAN, M. *Intersetorialidade: reflexões e práticas*. In: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. (Org.). *Promoção da saúde e gestão*

local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 85-109.

Minayo-Gomes C, Thedim-Costa SMF. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas*. Cad Saude Publica 1997; 13(Supl.2):21-32.

MORIN, E. *A cabeça bem feita*. São Paulo: Siciliano, 2000. p. 128.

OLIVEIRA, Maria A. C.. *A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1-2, abr. 2012.

Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde*. 2ª Edição. São Paulo: Annablume; 2008.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. *Promoção da saúde e intersectorialidade: contribuições e limites da vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, 2003.

Santos MAM, Cutolo LRA. *A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família*. Arq Catarinenses Medina. 2004;33(3):31-40.

Scherer MDA, Pires D. *Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação*.

Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva 2011;
5(1):69-84.

SILIPRANDI, E. *Políticas de segurança alimentar e relações de gênero. Cadernos de Debate*, Campinas, v. XI, p. 38-57, 2004.

Silva IZQJ, Trad LAB. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. Interface (Botucatu) 2004/2005; 9:25-38.

VALENTE, F.L.S. “Do combate à Fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o Direito à Alimentação adequada”. R. Nutr. PUCCAMP, Campinas. 10 (1): 20-36, jan. jun., 1997. 20-36.

Wimmer GF, Figueiredo GO. *Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade*. Ciên Saúde Coletiva 2006; 11(1): 145-54.

Zannon CMAC. *Desafios à psicologia na instituição de saúde*. Psicologia: Ciência Profissão 1994; 13:16-21.

Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1463-1472, 2009

Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 257-271, jan./abr. 2016

Interdisciplinaridade e intersectorialidade na
Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio
à Saúde da Família O Mundo da Saúde, São Paulo
- 2014;38(2):129-138

Interdisciplinar: Revista Eletrônica da UNIVAR
<http://revista.univar.edu.br> ISSN 1984-431X Ano de
publicação: 2015 N°.13 Vol.1 Págs.142 -146

Rev Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63(5): 762-
9

Capítulo 12: INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIEDADE EM SAÚDE: SEGUNDA ANÁLISE

Allana de Oliveira Barbosa*
Andresa Alves Veras*
Crhistiany Costa Torres*
Eliana de Paula Martins*
Luciana Alves de Sousa*

No decorrer do século XIX, houve mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas, e que se intensificaram no século passado produziram alterações significativas na sociedade. Simultaneamente, tem-se o desenvolvimento de tecnologias que mostrou-se para auxiliar os seres humanos a viver de modo mais seguro e a enfrentar as inúmeras impasses cotidianos. Nesse contexto, a área da saúde também sofreu, e ainda sofre, fortes alterações, tornando-se, dessa forma, cada vez mais considerável que sejam adotadas atitudes visando à diminuição de adoecimentos, sofrimentos e mortes prematuras.

Durante o processo saúde-doença, percebe-se que o alarde biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos da saúde, passam a praticar seguindo um modelo de atenção e cuidado marcado, na maioria das vezes, pela importância central nos sintomas. Assim sendo, existe a importância de se pensar em novas maneiras de trabalhar em prol da saúde da

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

população, considerando-se a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural no qual os indivíduos estão postos.

Dessa maneira, entende-se a importância da Atenção Primária à Saúde, que indica mudanças desse modelo biomédico e remete-nos a direcionar as ações de saúde na perspectiva da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas.

Para exercer na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, segundo a Carta de Ottawa, a expressão "promoção da saúde" corresponde ao "processo de capacitação da comunidade na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para cumprir um estado de completo bem-estar físico, mental e social".

Nessa continuidade, ao gerenciar mudanças nos determinantes da saúde, que podem ser tanto os fatores que estão sob o controle do indivíduo, como estilos de vida e condutas, quanto fatores externos, relativos às condições econômicas, sociais, ambientais e à prestação de serviços a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a promoção da saúde eficaz.

No âmbito latino-americano, qualifica-se por um desenvolvimento econômico exclusivo, relações injustas e condições de vida iníquas, representando assim a promoção da saúde um grande desafio no

cuidado, em vista da necessidade da transformação nas condições de vida da população. Desta forma, a busca por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção, como a do desenvolvimento de habilidades e atitudes, que podem ser agrupado no cuidado de enfermagem.

Nessa situação, a promoção da saúde proporciona que os fatores que propiciam agravos e enfermidades na população em risco seja idealizados com maior compreensão, cumprindo e reconhecendo as diferenças existentes em todo o território brasileiro, com a finalidade de diminuir vulnerabilidades e lutar pela igualdade e participação social no controle da gestão pública.

Abranger os princípios da promoção da saúde é um trilha ainda em construção para a melhoria da qualidade de vida, sendo capaz de ser alcançada por meio de ações de solidariedade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, bem como da articulação e da comunicação entre os atores sociais. Nesse seguimento, publica-se a importância da participação da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência à população, por causa da conjunção dos saberes proporcionando ao indivíduo e à comunidade a oportunidade de um atendimento humanizado e resolutivo, uma vez que podem se complementar se a interdisciplinaridade fizer parte do frequente trabalho desses indivíduos.

Propõe-se que os profissionais e instituições, como campos de ação ou de interesses ligados à

saúde, declarem a responsabilidade de atuar como intercessores entre esses diversos interesses que compõem a produção da saúde. Deste modo, a intersetorialidade surge como declaração de uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e para o aperfeiçoamento da qualidade de vida da população.

No fundamento de um olhar mais adequado e amplo a respeito de determinado objeto, a intersetorialidade, além de estar em inseparável consonância com a grandeza do objeto saúde, dispõe princípios a reestruturação e a reunião de vários saberes e setores, adequando melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia.

Evidencia-se na Carta de Ottawa que, para concretizar essas condições básicas e as esperanças da população, é preciso seguir algumas estratégias: qualificar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades; lutar a favor da saúde como um recurso fundamental para o desenvolvimento socioeconômico e pessoal, bem como para a qualidade de vida; facilitar o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Essas atividades requerem parcerias entre diferentes áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos de abrangência local ou regional.

É fundamental que no cotidiano dos serviços de saúde, ocorra uma construção coletiva entre a comunidade e os profissionais, para que haja

efetiva de um enfoque preventivo para um enfoque mais abrangente, que considere a diversa gama de fatores: ausência, atores e cenários intimamente relacionados ao desafio de promover a saúde.

Oferecer saúde é aceitar o enorme desafio de desprender um amplo processo que inclui atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação popular, objetivando responder mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. Prolongar ações voltadas para os modos de vida dos sujeitos - apostando na capacidade deles de autocuidado - em parceria com serviços de saúde que apontem para os espaços, além dos muros das suas unidades e do próprio sistema de saúde, não é tarefa fácil.

Todavia, nós, como profissionais da saúde, podemos representar de maneira a favorecer a ampliação das escolhas saudáveis por parte da população, pleiteando, juntamente com ela, que o Estado cumpra sua parcela para que os indivíduos possam tornar-se reais protagonistas na organização do processo produtivo em saúde e detentores do poder de criação da própria vida.

DESVENDANDO A INTERSETORIALIDADE

Cogitar de forma intersetorial implica crescer atos que busquem a acesso de conflitos positivos nas categorias de vida dos pessoa e das sociedades. Essas atos dever arrastar a junta desde tecnologia e experimentos outras, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersetorialidade são locais de construção de novas linguagens, sabedoria e importância, capazes de atentar intensas e benévolas alterações na sociedade.

A intersetorialidade conchega numa nova forma de trabalhar, de agenciar e de edificar políticas públicas que autorizem a superação da fragmentação dos notícia e das estruturas sociais, a fim de produzir resultado mais expressivos na resolução desse dificuldade. Além disso, a gestão intersetorial surge como uma nova expectativa para definir enigmas que advêm sobre uma população de apurado território. Essa espera é importante porque aponta uma visão agregada dos problema sociais e de suas recursos. Isso ocorre dada a confusão da realidade social, que estabelece um olhar mais amplo, com o desígnio de otimizar os escassos recursos, procurar solução integradas.

Como um metodologia grupal e reunido, a obra intersetorial não posse ser espontânea. controvertido de uma ação definida que requer o conceito à diversidade e às particularidades de

cada setor ou participante. Invade espaços comunicativos, inclinação de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na achada da probabilidade de atuar.

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao acolhimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a deparar seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade conchega uma rede de ação social, que deve articular-se para aproximar os problemas e conduzir soluções integradas.

Dessa forma, a intersetorialidade compõe uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para avaliar acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser atendidos sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser item de influência, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida correta e com propriedade

PRÁTICAS INTERSETORIAIS

A ESF aconselha a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, necessitam ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A enredamento dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar solitariamente.

Nesse sentido, micros e macro estratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, oferecem expressivamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.

A intersectorialidade tem o potencial de revigorar tais políticas, estimulando ações promotoras da saúde que contemplem os complexos condicionantes do processo saúde-doença. Entretanto, comprovam-se alguns

problemas para atingir esse desafio. Destacam-se o despreparo político e técnico de gestores e profissionais da saúde para assumir ações intersetoriais e questões de ordem administrativa que dificultam a execução integrada de ações. Tal despreparo leva, entre outros danos, à falta de importância de alguns dos temas das políticas como questões legítimas de Saúde Coletiva. Além disso, continuam em muitas das agendas das políticas, decisões centralizadas que impedem a participação da comunidade e o surgimento de problemas ajustados às realidades locais, cujas soluções exigem intervenções intersetoriais e criativas. Assim, torna-se eficaz fomentar um efetivo processo educativo interdisciplinar que forme profissionais da saúde com visão intersetorial em sintonia com as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde. Também é formidável valorizar a dimensão territorial e as redes sociais, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial dessas políticas, bem como estimular a ativação do sujeito nos processos decisórios.

expectativa intersetorial tenta atender à questão de que os problemas reais cruzam os setores e têm atores que se beneficiam ou são prejudicados por eles (INOJOSA, 1998). Os enigmas de saúde são parte dessa complexa questão, de causalidade múltipla, que afeta as populações, desprovido da articulação de saberes e experiências para seus enfrentamentos (JUNQUEIRA, 1998).

Implicar de ação intersectorial questionam a predominância do setor saúde para resolver problemas que circundam o binômio saúde-doença, considerando a impossibilidade desse único setor de lidar com questões como as doenças e agravos não transmissíveis e a mortalidade por causas externas. Assim, exigem-se novas estratégias para seu enfrentamento, ultrapassando atuações setoriais.

A diagnóstico dos problemas de nossa época nos leva cada vez mais a entender que eles não podem ser entendidos isoladamente. São dificuldade que precisam ser incluídos sistemicamente, pois são interligados e interdependentes. Isso remete para a necessidade de conhecermos que vivemos em um mundo em mudança, cuja percepção demanda uma nova maneira de refletir, que contemple a enredamento e o caráter interdependente dos problemas que nos afetam e as gerações futuras (Capra, 1998:23).

Kuhn determinou essas alterações de normas como divisão interrompida e inovadora no perímetro do conhecimento, já Capra passou a concepção para a arena social. Para examinar as mudanças que estão acontecendo, um novato pensamento ele elaborou — o de regra civil —, definindo-a como “signo de ideia, de préstimos, de entendimento e de aplicações repartidas pela sociedade, que causa uma imaginação própria da verdade, onde estabelece apoio ao modo como a sociedade se coloca” (Capra, 1998:25). Esse exemplo abrange a inovadora ideia de universo,

onde considera o raciocínio evidente e indireto, e a riqueza de ajuda e acordo. Por tanto, o domínio mais correto é o da importância de seguintes, abandonando suas manobras de escalação para ser em grupo, onde são escolhidos normas de relação, intervalados com atuantes de uma estabelecida condição civil. Essa ideia frisa a reciprocidade, o raciocínio organizado. Mas isso estabelece alterações com destaque da proposta organizada, como arruma-la não mais nas frações, e sim por completo. Com isso, admite-se enxergar como as ideias de processo, reciprocidade e grupo, podendo erguer assuntos para esclarecer o que vem acontecendo com o SUS (Sistema Único de Saúde).

Essa ação para verificar a civilidade e seu governo são bem relevantes, embora, na atualidade encontramos obstáculos para introduzir as ligações da figura de grupo tanto nas normas das associações quanto no da comunidade. “Muitos indivíduos seguem raciocinando como pessoas solitárias e não como fração de grupos de convívio: parentes, de amores, de emprego, divertimento” (Najmanovich, 1995:61).

Depois do entendimento do estudo de grupo para a compreensão da verdade civil e da sua dificuldade e para alterar a real situação essa colocação acabou por ser mudada. Esse modo de julgamento também tem o segmento de uma imaginação do civil como um bloco de vínculo de grupo tanto particulares quanto da sociedade, em que a colocação das pessoas nesses grupos é que

modelam seus exercício sua importância. A dificuldade e as dúvidas da atualidade civil param de ser cogitadas pela perspectiva do raciocínio confiante, definido pelas evidências, para trocar por àquela que respeita o convívio ativo e as mudanças.

Vêm acontecendo transformações no universo atual, colocaram diferentes maneiras de raciocinar, tipo compor o conhecimento. A elaboração de uma organização não aparece do empenho de poucos, mas por planejamentos e por pensamentos elevados bastante conhecidos. Deste modo, para elaborar um conhecimento é essencial achar a explicação do assunto, noções que os esclareçam. Essas noções são elaboradas desde um modelo ou de um ensinamento. A ideia de saúde está ligado ao conhecimento, que estabelecem ações. Com isso, “se a atenção à saúde se encaminhassem primeiramente a grupos, a conhecimento da saúde apresentaria muito mais relevância à limpeza do que a realidade” (Fourez, 1995:114).

Essa opinião intervém na espécie de tratamento e nas suas ações. A perspectiva concentrada na pessoa incompreensiva depara-se desviado da verdade confirmada e civil, diferente daquele que reconhece o indivíduo junto com a redondeza, ao seu grupo de serviço, à sua nação, ao seu mundo. Isso acrescentaria mudanças na base civil do time dos que labutam na área da saúde, o que não quer dizer que o estudo da saúde possuiria menos prática, mas a ideia de prática

estaria mais extenso. O conhecimento que ensina um resultado de pesquisa científica está publicado como explicações encontradas.

Então aparece o conceito da ligação de duas ou mais disciplinas. Esse assunto surgiu do conhecimento da aproximação do universo unicamente por uma educação privada. Sendo assim, alcançar os obstáculos de saúde somente da perspectiva lógica pode não oferecer às exigências de saúde em toda sua dificuldade.

A associação de distintas matérias conclui-se em uma atual perspectiva de alguns obstáculos da prática comum. Porém, essa aproximação não inicia um tipo de grande conhecimento, mas somente uma atual perspectiva, um atual modelo, na aproximação dos obstáculos de saúde.

A procura por um maior conhecimento traz uma inovadora exposição, que se encontra além das matérias privadas. A finalidade não é produzir um moderno entender, uma atual matéria científica, e sim decidir obstáculos certos. Nessa possibilidade, a interdisciplinaridade é conhecida como uma técnica, como “um ajuste entre distintos assuntos, para resolver a respeito da exibição estimada ajustada priorizando o acontecimento. Sendo assim é necessário admitir conflitos de distintas opiniões e resolver um julgamento que, em último caso, não brotará de informação, e sim de uma linha, de uma opção enfim moral e astúcia” (Fourez, 1995:137).

Outro grau da interdisciplinaridade concorda que o procedimento científico não seja descontado

de uma racionalidade geral, como consequência das comunicações que se acercam do modo sociopolítico do que da exibição de uma racionalidade geral. Sendo assim, a interdisciplinaridade é em semelhanças entre diferentes sabedorias levados para uma ação, para a resolução das ocorrências de saúde.

Concretiza-se pela ligação das civilidades, misturando conhecimento e ações para decidir os obstáculos de saúde que atingem a comunidade. 42 Revista de Administração Pública 6/2000 O jeito de viver disputa uma ilusão adaptada das dificuldades civis.

A prática intersetorial aparece como uma atual eventualidade para decidir as intercorrências que atenuam a respeito de uma comunidade em uma determinada nação. Esta é uma possibilidade relevante, pois mostra um ponto de vista unido dos obstáculos sociais junto com as respostas.

A intersetorialidade aceita esse conceito de união, de região, de integralidade, ou seja, das leis civis. É um atual modelo de resolver os obstáculos civis. Cada civilidade envia a sua maneira uma resolução, sem cogitar a pessoa na sua integralidade nem a manifestação das outras civilidades, que também estão a procura de modo melhor de viver.

Essa aproximação imagina o respeito das intercorrências civis onde eles se expressam. Nesse panorama o município atribui uma área especial para fazer o acontecimento intersetorial. É

uma área concreta regional e dentro do convívio social, é onde a população reside e procria.

Então as pessoas e os grupos se relacionam para construir seu futuro. Por esse motivo é na cidade onde especialmente se concretiza a integração das políticas sociais e, conseqüentemente, a ação intersetorial e interinstitucional (Junqueira, 1999:61).

A intersetorialidade excede um único setor social: é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações embaraçadas, pretendendo o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (Junqueira & Inojosa, 1997).

A nova conexão para a gestão da cidade, procurando vencer a fragmentação das políticas, ao conceituar o cidadão na sua integralidade. Passando pelas relações homem/natureza e homem/homem que causam a construção social da cidade.

É posto na intersetorialidade uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais, significa modificar toda forma de juntura dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses. Esta maneira de atuar é nova, por isso deve solicitar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais.

É uma sucessão que tem riscos em função das empecilhos previsíveis de grupos de interesses. Para a audácia de mudar precisa-se das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal. Aludir os cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços.

É necessário um novo fazer que envolve mudanças de valores, da cultura que é cogitada nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais. Dessa mudança é determinado a preocupação da cultura com base em aspectos tediosos das práticas diárias que “definem o estágio socialmente construído em relação ao qual a geração de atores dá vida à sua cultura” (Morgan, 1996:137).

Essa elaboração não passa apenas no interior das organizações, pelos relacionamentos diários que estabelecem as pessoas entre si, mas também pelo funcionamento de grupo ou grupos exteriores às organizações e das lideranças que emergem desse processo.

É criada uma nova realidade, a partir de um conhecimento também novo, deve ser distribuído no interior das organizações gestoras das políticas sociais, depende principalmente da mudança das práticas organizacionais e das relações sociais que

se estabelecem entre os diversos atores organizacionais.

Essas conferências deverão distinguir a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorialização e da autonomização. São considerados sujeitos os atores organizacionais e os grupos populacionais, que passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social.

Um novo projeto exige mudanças, tanto no âmbito das organizações públicas estatais responsáveis pela gestão das políticas sociais, quanto no dos grupos populacionais com a descentralização, podem ser transferidas competências para instituições prestadoras de serviços sociais.

Com isso, estabelece-se uma parceria com organizações privadas autônomas voltadas para o interesse coletivo capazes de desenvolverem de maneira integrada projetos intersetoriais em resposta às demandas sociais da população. No âmbito das organizações estatais. Esse processo ganha consistência quando as necessidades dos grupos populacionais em um território levam-nos a se articularem em busca de soluções intersetoriais.

Assim sendo, a população passa a ser julgada sujeito, e não objeto de intervenção, passa a aceitar um papel ativo, cooperando na identificação dos problemas e na sua solução.

Evita-se a lógica da política social, que sai da visão da carência, da solução de necessidades,

para aquela dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade. É a fantasia de um projeto social que desenha-se. Sentido esse que a prática intersetorial que privilegia a concordância pode alcançar uma dimensão transetorial, pois cria um novo olhar e instaura novos valores, por meio do respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social no entendimento e na superação dos problemas sociais.

Para que não parecem surgir de identidades anteriores existentes na sociedade civil, mas da contradição com as identidades de resistência esse processo possibilita a construção de novas identidades de projeto (Castells, 1999b:420), isso substitui a questão da ordem e da desordem, presente no conhecimento generalizado que determina relações e se reproduz.

Deste modo, a transetorialidade agrega saberes e experiências, organizando um conjunto de relações e constituindo uma rede centralizada na identidade de projeto. É aí que podemos instalar o SUS. Como esboço, ele tem caráter transetorial, já que o ponto de vista da saúde que o informa não se compreende a saberes específicos.

Contudo, como prática, a execução do SUS e, mesmo, o 44 Revista de Administração Pública 6/2000 discurso de quem diz que esse projeto está exausto, ainda se contraem a uma perspectiva intra-setorial, na dimensão da assistência, com alguma conciliação intersetorial.

É nessa tamanho que o SUS é um projeto de promoção da saúde, e precisa ser resgatado, como elemento de um projeto maior de uma sociedade solidária. Sendo um projeto político, construído por grupos que confiavam, e ainda confiam, na construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Todavia, como um projeto, exige-se a modernização das propostas mediante o abarcamento dos diversos segmentos da sociedade brasileira e de suas partes. Um sistema é uma construção prescindida, que define chefia, capacidades e pertinências das partes interdependentes.

Todos os processos que determina das partes transformações de práticas e valores para adaptar-se ao projeto, o qual deve ser institucionalizado para concretizar as mudanças. Nessa definição, o SUS ainda é um projeto em construção, pois os princípios que o informam motivaram uma mudança em toda grandeza estatal da saúde.

Precipitar a mudança não significa sua concretização imediata. Os empenhos envolvidos e as práticas institucionais que os simulam não mudam apenas pela vontade política expressa na lei. Existe uma distância expressiva entre o discurso e a prática. Para modificar as práticas institucionais são imprescindíveis diversas mediações e diversas iniciativas que viabilizem esse processo.

O SUS é uma rede de organizações, de pessoas e de interesses que se inter-relacionam e interdependem. Para abranger esta realidade institucional complexa, é interessante também acionar a idéia de que os processos de mudanças não estão fora das organizações, mas embutidos em sua própria coerência. Isto significa, as relações criadas pelos diferentes atores organizacionais não surgem fora das organizações, mas nelas mesmas, como um mediano de manter firmes seus padrões de afinidades.

São um processo de encerramento ou de autorreferência, por meio do qual a organização tenta concretizar e reproduzir sua identidade. Essa autorreprodução admite ao SUS garantir sua identidade, mediante as afinidades, as interdependências das partes. Sendo o SUS uma construção social que se realiza para garantir aos sujeitos seus direitos, em consideração aos direitos dos outros, sem dependências e determinismos naturais e sociais (Chanlat, 2000:75).

Neste caso a aparência da construção do SUS permitirá tornar o social mais acessível, mais visível, fazendo com que as relações sociais deixem de ser “relações de coisas entre si”, no dizer de Rosanvallon (1997:94). Modifica-se as relações sociais em relações de dependência recíproca, aproximando a sociedade de si mesma. Os indivíduos são fincados em redes sociais, modificado sua relação com o SUS. Passam de objetos a atores responsáveis pela construção de um SUS que se repete para garantir direitos de

cidadania. Dessa forma, sua construção se contorna uma tarefa grupal que se multiplica em espaços sociais de influência mútua e solidariedade.

A Constituição Federal de 1988 constituiu o SUS, mas a prática e a luta para que seus princípios sejam respeitados são habituais e conservar-se sendo escritas. A procura por sua concretização por meio da ESF previne o diálogo entre os vários saberes e setores como ponto basal para o cuidado. Já houve muita progessão nesse sentido, porém, há muito mais a ser concretizado.

A questão promoção da saúde mandou a maioria dos sujeitos a ações que objetivavam prevenir as doenças, atuando de forma que elas não surjam. Essa forma de agir, para os sujeitos, dá-se por meio de ações de educação em saúde, visando ao empoderamento da população diante da própria saúde. É importante que, durante essas ações, o cuidado seja pensado em todas as suas dimensões, considerando a realidade em que o indivíduo se insere, ouvindo-o em seus anseios e dúvidas e partilhando os saberes e práticas com os demais membros da equipe, para que se alcance um cuidado realmente absoluto.

Para que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade se contornem uma prática diária, é necessária uma revisão nos artifícios de formação dos profissionais da saúde, além de modificações na organização dos serviços de saúde, e em outros setores da sociedade. A equipe de saúde deve ser percebida como um conjunto de saberes que atuam

no aumento de processos de trabalho proferidos entre si, envolvendo que as inter-relações adquirem estilo amplo, pois abusam o setor saúde e buscam parcerias com outras instituições, aprovando maior força na atenção à saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>

acesso em 15 de fevereiro de 2017 às 17:05 horas

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005

acesso em 05 de março de 2017 às 13:05 horas

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>

acesso em 05 de março de 2017 às 13:47 horas

Capítulo 13: TERCEIRO SETOR E O ESTÍMULO ÀS AÇÕES INTERSETORIAIS

Alessandra Bruna*
Cynthia Gomes*
Ikaro Fernando*
Margareth Santana*
Matheus Nascimento*
Silvana Borba*

INTRODUÇÃO

Para compreendermos o que é o Terceiro Setor, devemos primeiramente entender quem são o Primeiro Setor e o Segundo Setor. O Primeiro Setor é o Estado, representado por entes políticos que obedece ao seu caráter público e exerce atividades públicas, como: Prefeituras Municipais, Governos dos Estados e Presidência da República. O Segundo Setor é o Mercado no qual contemplam as Empresas, ou seja, entidades privadas que atuam em benefício próprio e particular. Para um melhor esclarecimento sobre o terceiro setor, devemos voltar lá no tempo de Jesus onde já existia a prática da caridade, onde as pessoas vendiam seus bens e colocavam aos pés dos Apóstolos, para ser distribuídos conforme a necessidade da comunidade e principalmente os menos favorecidos.

O Terceiro Setor é constituído por organizações criadas por iniciativas privadas que

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

geram bens e serviços de caráter público, tem finalidade pública, o qual é constituído a partir de uma iniciativa privada, onde qualquer pessoa pode criar uma organização do setor, porém que a finalidade dessa organização tenha em última instância o atendimento da população. Surgiu pelo déficit de atendimento do Estados em diversas caracterizas sociais, culturais, ambientais, entre outros.

De acordo com Fernandes, o Terceiro Setor vem a ser organizações sem fins lucrativos, organizações voluntárias, setor independente, caridades, etc. São inúmeras denominações ao terceiro setor que por sua vez apresenta uma grande diversidade interna.

Relativamente, podemos considerar como algo “novo” no Brasil, por volta da década de 60 começou a surgir com mais frequência. Tendo, porém, nos últimos anos aumentado sua importância, com a relevância das empresas, quem mostram-se cada mais coerentes as responsabilidades sociais.

No Brasil, a forma de relação mais antiga, tradicional e, possivelmente, ainda a mais institucionalizada, entre Estado e “terceiro setor”, é a filantropia, e, na saúde, entidades filantrópicas detêm historicamente um papel relevante na assistência hospitalar. Nos dias atuais, esse segmento se responsabiliza por cerca de 1/3 da capacidade instalada hospitalar, além de apresentar amplitude geográfica e capilaridade de rede (único estabelecimento de saúde em municípios de

pequeno porte) que o credencia a cumprir papel de relevo nas políticas públicas de universalização do acesso aos serviços de saúde.

TERCEIRO SETOR E O ESTIMULO ÀS AÇÕES INTERSETORIAIS

Segundo a determinação da Constituição Federal de 1988, art.196, estabelece o Sistema Único de saúde (SUS), como a saúde sendo um direito de todos e um dever do Estado. No entanto, a constituição do SUS, no início da década de 90, se vê, frente a um cenário de crise econômica, referente as reformas e ajustes estruturais impostos pelas políticas. Como um cenário de novas propostas de formas de intervenção e de organização do Estado de sua ligação com a sociedade, surge no Brasil a expressão “terceiro setor”. Para esclarecer o terceiro setor, encontram-se, na literatura, algumas expressões como: “organizações sem fins lucrativos”, “organizações voluntárias”, “setor independente”, “caridades”, “organizações não governamentais”, “filantropia” etc.

Diante das várias expressões para defini-lo, o terceiro setor retrata grande diversidade interna, conforme a natureza das entidades que o forma, incluindo-se desde entidades beneficentes de assistência social, organizações não governamentais (ONGs), entidades representativas patronais e profissionais, associações de benefício mútuo e até organizações de promoção e luta de interesses sociais, organizações religiosas e partidárias.

De outro modo que pode aparecer à primeira vista, a questão sobre a falta de precisão

conceitual do nome que define o conjunto destas organizações, não é uma polêmica vazia e de interesse exclusivamente acadêmico.

Analisando a postura das entidades observa-se que não existe uma identificação como termo, um pronunciamento objetivo, claro e unânime sobre pertencerem ao terceiro setor. Dentre algumas organizações, essencialmente aquelas de maiores raízes ideológicas, político ou religioso, destaca-se sua identidade, como se houvesse receio de que seus valores fossem perdidos. As entidades representativas parecem duvidar entre os dois tipos de identificação: aquela que justifica sua origem, isto é, o segmento ou grupo social que representa, e, aquela que lhe oferece a garantia de pertencer a um setor mais diversificado, porém mais amplo e visível.

Entretanto, as atribuições e às organizações do terceiro setor cinco características que lhe são comuns:

- I. Estão fora da estrutura formal do Estado;
- II. Não têm fins lucrativos;
- III. São constituídas por grupos de cidadãos na sociedade civil como pessoas de direito privado;
- IV. São de adesão não compulsória e
- V. Produzem bens e serviços de uso (interesse) coletivo.

Pode afirmar-se que na década de 90 foi o período de expansão e consolidação do terceiro setor em diversos países do mundo. Para os estudiosos desta área, o auxílio da “economia solidária” é o terceiro setor. Sem ele, o problema do

“desemprego estrutural”, que de certa forma tem “amedrontado” alguns países, independentemente de suas classes sociais, tendo-se agravando gradativamente. No entanto, a ampliação do terceiro setor incentiva a produção de estudos e pesquisas ajudem a entender este novo fenômeno sociocultural, que se eleva como a possibilidade de distribuição de renda para os profissionais excluídos de outros setores.

Em 1998, foi implantada a Lei das Organizações Sociais – OS – (Lei n. 9.637/98); em 1999, foi decretada a Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPS – (Lei n. 9.790/99) e, por último, em 2004, foi sancionada a Lei de Parcerias Públicas Privadas – PPP (Lei n. 11.079/04).

Ao longo do tempo, esses dispositivos legais, mostraram que, na conjunção da reforma do Estado e da reforma sanitária, observam-se segmentação e especialização de serviços de saúde e de clientela. Pelo Sistema Público, SUS, observa as especializações em tecnologias de cuidado de baixo custo e complexidade, como atenção básica, com atenção ao crescimento ambulatorial, Programa Saúde da Família (PSF) e hospitais públicos de pequeno porte. Entretanto, no sistema privado tem crescido especializações de média e alta complexidade.

Hoje os primeiros diretores das Organizações não Governamentais (ONGs) da América Latina, possuem entre 40 e 60 anos. As diversas formas de exclusão sociais, estão

associadas a dificuldade do governo de promover ações significativas, fazem com que a população, de certa forma, se indigne com a política local, vivenciando como personagens Guevara, Fidel, Keneddy, convivendo com a crise no setor público, como: corrupção, má gestão, crescimento socioeconômico, grave problemas sociais de violência, miséria, desemprego, preconceito e com o maior apoio da mídia e das empresas do âmbito privado, se houvesse uma organização de um grupo para defender seus direito de liberdade através da justiça.

No passado o terceiro setor era conhecido no Brasil como caridade e ligado a religiosos. Apenas igrejas, orfanatos, escolas religiosas e hospitais eram vistos como organizações importantes sem fins lucrativos. O país vivenciou o início de constantes mudanças sociais em 1970, buscando soluções para os problemas específicos, como a falta de água, aumento dos preços, entre outros. Durante a década de 80, a repressão militar ocorreu no final da década passada, que ainda com manchas do que representou para o modo de viver da população brasileira, caracterizou um período de lutas pelos direitos civis, seja ela pelas “Diretas Já” ou pelos movimentos organizados pelos sindicatos.

Em 1990, a força da expressão “sem fins lucrativos”, unida a um período de fracasso governamental nas ações sociais, iniciou-se a uma inegável expansão do terceiro setor, compondo

ONGs, fundações, associações, clubes recreativos e esportivos, institutos etc.

A NECESSIDADE DO TERCEIRO SETOR NA EXTINÇÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS NO BRASIL

Uma das fundamentais razões para o surgimento e principalmente para a expansão do terceiro setor no Brasil são as sérias dificuldades sociais enfrentados pelo país. A América do Sul já dispõe há tempos esta adversidade e o Brasil, por sua dimensão e pela falta de responsabilidade do setor governamental, possivelmente um problema mais administrativo que territorial, acompanha este caminho.

Segundo o jornal Folha de S. Paulo (caderno especial Solidariedade, de 19.12.1997), citado por Melo Neto (2001), 40% das crianças de 0 a 14 anos vivem com renda per capita de até meio salário mínimo; ou seja, 20 milhões de crianças; os 20% mais ricos retêm 63,3% da renda nacional e os 50% mais pobres concentram 11,6% da renda do país; 33,1% dos adolescentes estão fora da escola; 5,1% das moradias brasileiras estão localizadas em favelas e equivalentes; 150 mil pessoas estão detentos no país, não contabilizando as que se constata em delegacias.

Fundamentado nestas e em outras questões sociais, vários órgãos do terceiro setor aparecem como ferramentas a serem aplicadas pela população para a mudança desta situação. A Fundação Abrinq é um exemplo de luta a estas questões. É um órgão criado em propósito das crianças para extinguir os empresários que utilizam

da sua mão de obra. As empresas se propõem publicamente a não contratar crianças menores de 14 anos e ganham um selo, intitulado “amigo da criança”.

Várias empresas nacionais e também multinacionais aceitaram a este projeto, deixando assim de viabilizar e ter como principal meta o crescimento financeiro e lucrativo, tornando-se amigos da população brasileira.

São inúmeras as instituições privadas, fundadas por pequenas, médias e grandes empresas. E também um grande crescimento de vários grupos religiosos nas últimas décadas do século XX.

São grupos de ajuda a indigentes, viciados em droga, alcoólatras, à família, ao jovem, ao idoso. São obras em favor dos bairros, das comunidades, da população. Nota-se frequentemente a parceria dos grupos religiosos e políticos, em busca da união do terceiro setor com o primeiro setor.

No Brasil encontra-se hoje mais de 250.000 instituições do terceiro setor (MELO NETO e FROES, 2001). São aproximadamente 1,2 milhões de voluntários dedicando-se principalmente em cultura, recreação e assistência social.

O terceiro setor necessita desta ligação com o governo, com intuito de ampliar sua junção com o segundo setor e também alcançar sua profissionalização, sem visar o crescimento do mercado e do lucro e sim a potência de uma sistematização que põe em prática suas metas e

comprova por meio de bons resultados sua existência.

CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS DO TERCEIRO SETOR

As diversas empresas que formam o Terceiro setor compartilham de algumas características em comum;

A primeira delas é que, atuando no setor da assistência social, saúde ou educação, normalmente trabalham com pessoas e famílias que estão em idades de produtividade e fora do mercado de trabalho não adquirindo assim acesso aos bens e serviços imprescindíveis à provisão de suas necessidades básicas de vida.

A segunda é que, mesmo não sendo de caráter público, estas empresas desempenham um trabalho de interesse público. Atualmente a assistência social perdeu seu caráter, que era tido por caridade, bondade e ajuda aos necessitados, transformando-se em política pública de garantia dos direitos do cidadão.

Uma terceira característica entre elas é que não buscam uma relação mercantil com a sociedade. Não se dedicam em prol do lucro e bens capitalistas. Os recursos adquiridos de doações, convênios e/ ou prestação de serviços, são investidos completamente na própria instituição, sem repasse aos diretores ou associados.

A quarta característica entre elas é que não são empresas estatais, mesmo tendo ligação com o Estado por força de convênios, relações de parceria e cadastro nos Conselhos Municipais. São coordenadas fora do âmbito estatal e são

independentes. Isto Dando-lhes assim poder de ação e imposição de diretrizes em relação ao Estado, mesmo estando sob a fiscalização dos Conselhos.

A quinta característica é formada pelo trabalho de voluntários que atuam em favor da conservação e manutenção dessas empresas, envolvendo-se, diretamente em sua administração.

Como sexta característica podemos enfatizar a oportunidade de adquirirem a titulação de CEBAS ou de OSCIP. O certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) que pode ser requerido junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, se atender as exigências solicitadas, dentre elas, o de atuar diretamente na área da Assistência Social. Já o certificado de Organização da Sociedade Civil que atua com Interesse Público (OSCIP) podem ser requeridos junto ao Ministério da Justiça, com uma amplitude maior de instituições que podem adquirir essa qualificação. Uma mesma instituição não pode acumular os dois certificados.

No entanto, os órgãos que compõem o Terceiro Setor:

- Atuam em diferentes questões que prejudicam e assolam a sociedade na área da assistência social, da saúde, do meio ambiente, da cultura, educação, lazer, esporte e etc.
- Nas áreas da assistência social, educação e saúde, frequentemente, prestam atendimento às pessoas e famílias que estão em idades de produtividade e fora do mercado de trabalho

- Trabalham em defesa e garantia dos direitos destes cidadãos;
- São de caráter privado, mas desenvolvem um trabalho de interesse público;
- Não têm interesse lucrativo.
- Não são estatais, embora envolvam-se com o poder público.
- Contam com a dedicação de voluntários.

Quais principais desafios se colocam às organizações que compõem o Terceiro Setor?

Por compor uma grande quantidade de organizações e uma multiplicidade de ações, e por formar uma expressão ainda pouco utilizada no Brasil, o Terceiro Setor encara alguns desafios, dentre eles:

- A urgência na expansão da propaganda em âmbito nacional com intuito de divulgar e esclarecer o que são, como são formados, na realização de ações de interesse público, sua ligação com o Estado e com o setor Privado, etc.;
- A procura por recursos financeiros mais estáveis para a sua sustentabilidade financeira, técnica e administrativa;
- Incentiva, movimenta e cria situações para uma participação mais completa e atual de voluntários, tanto no cuidado financeiro das organizações que o compõem, como na organização das mesmas e execução das atividades com à população usuária.

Porém, um dos fundamentais desafios em evidência hoje ao terceiro setor, é o crescimento e amplitude da gestão e organização de programas sociais que o formam, sendo justamente a questão

primordial a contribuição dos profissionais de áreas específicas ligadas às ciências humanas e sociais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o potencial de parceria e coesão entre o estado e o terceiro setor são cada vez mais reconhecidas, pois, as ações realizadas com ambas as partes serão mais efetivas, uma vez que, a riqueza de uma organização está associada a qualidade de seus gestores, logo, o terceiro setor não é uma estrutura do estado, suas ações sem fins lucrativos e é constituído por grupos de pessoas que possuem o mesmo intuito e aderem as necessidades do movimento visando o bem coletivo; a relação mais antiga que o Brasil possui com o terceiro setor, são as santas casas de saúde, que por meio de ações religiosas promovem o acolhimento e o cuidado para os desamparados e o necessitados.

O terceiro setor é composto de entidades sociais, como as fundações, organizações, ONGs; é comum associar o Terceiro Setor ao setor de caridade, às Organizações Não Governamentais, setor voluntário; a sua expansão dar-se-á a gravidade dos problemas sociais aonde o próprio governo não consegue atua com a eficácia desejada, sendo de mais valia a parceria com entidades que estão dispostas a sanar os problemas sociais, não há uma definição completa e, por isso o atrelamos a estas terminologias que precisam desempenhar de forma muito seria e com perfeição os serviços prestados a população e para garantir um excelente funcionamento precisa contar com a ajuda de voluntariados e do Estado, a fim de

melhorar, sanar e ampliar os serviços sociais oferecidos à população.

O entendimento sobre o que vem a ser terceiro setor é muito complexo. Suas características, desafios e a forma de gestão se transformam em um desafio primordial para todos que pretendem atuar nesse contexto. O terceiro setor contribui para chegar a locais onde o Estado não conseguiu chegar, fazendo ações solidárias, portanto possui um papel fundamental na sociedade. A falta de conhecimentos tanto técnicos, quanto conceituais leva as organizações do Terceiro Setor a enfrentar sérias dificuldades financeiras e administrativas, o errôneo planejamento, a avaliação distorcida, pois, os seus gestores não são preparados para tal, são voluntários que abraçam uma causa, logo, sabe-se que o movimento do terceiro setor como um todo está engatinhando em relação aos outros países, pois no Brasil a própria ignorância do povo protelam as ações tomadas para o próprio proveito do povo, aonde poucas entidades estão dispostas a realizar ações onde não se obtém o resultado esperado com cem por cento de eficácia.

Importante presença e papel das ONGs no cenário nacional, como espaço e instrumento de defesa dos direitos da população econômica e socialmente excluída, propondo e desenvolvendo ações que atentem, desafiem e comprometam o poder público no seu compromisso de prover políticas sociais públicas com qualidade e

efetividade garantidas através do controle e da participação da população usuária.

Por isso a grande importância do terceiro setor, ele atua auxiliando o Estado devido aos seus serviços prestados a sociedade, e para que se tenha êxito, precisam da colaboração de todos os envolvidos.

METODOLOGIA

Foram analisados 10(dez) artigos científicos aonde foram selecionados 04 artigos científicos, aonde que o foco central é o Terceiro setor voltado as ações de saúde, os aspectos mais importantes foram selecionados e mencionado na suma do enredo, partes que realçavam a importância sobre o setor e sobre suas dificuldades nos dias de hoje.

Este trabalho irá relacionar os aspectos mais importantes sobre o tema escolhido, com isso, trazendo informações detalhadas e atualizadas sobre o terceiro Setor e suas ações provenientes das próprias ações humanitárias com o objetivo coletivo de reparar as ações não realizadas ou tomadas pelo estado, com isso deixando de forma clara a atuação do terceiro setor e como e como são suas atividades.

REFERÊNCIA

1. Muraro P, Lima JEdS. *Terceiro setor, qualidade ética e riqueza das organizações*. 2003;6:79-88.
2. Canabrava CM, Andrade EIG, Janones FA, Alves TA, Cherchiglia ML. *Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. 2007;23(1):115-26.
3. FONTES BAS-M. CAPITAL SOCIAL E TERCEIRO SETOR: SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DAS REDES SOCIAIS EM ASSOCIAÇÕES VOLUNTÁRIAS. 2008:24-39.
4. Fischer RM, Falconer AP. *Desafios da Parceria Governo Terceiro Setor*. 1998.

**Capítulo 14: TERCEIRO SETOR E O ESTÍMULO
ÀS AÇÕES INTERSETORIAIS: SEGUNDA
ANÁLISE**

Fabiana Alves Do Nascimento*
Flaviane Suelen Oliveira de Jesus*
Talita Natalia Batista*
Lisianne Kássia Santos Soares*
Suelen Oliveira Gama*

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar uma abordagem sobre o terceiro setor, buscando enfatizar seu aspecto histórico e a relevância que apresenta para uma sociedade onde o conjunto de pessoas carentes de assistências básicas e essenciais tem sido algo preocupante e desafiador. Procura-se levar em conta os numerosos aspectos que envolvem este setor, desde o seu surgimento e expansão, bem como seus efeitos diante de sua missão em prol do acolhimento às comunidades carentes, de modo a realçar uma visão ampla do que ele representa para a sociedade como um todo na qualidade de agente voltado para os problemas sociais, principalmente, no que se refere às classes necessitadas de meios de sobrevivência que têm se expandido de maneira desordenada, enquanto o aumento populacional passa a alcançar novos estágios. Além dos conteúdos abordados o artigo envolve também informações resultante de fontes bibliográficas, onde se procurou destacar os conteúdos mais conveniente com relação ao tema. Trata-se, portanto, de uma abordagem técnico-científica que analisa o contexto enfatizado, uma vez que busca mostrar algo de grande significação para o equilíbrio social

INTRODUÇÃO

O surgimento do terceiro setor no Brasil e no mundo tem representado um grande desafio diante das várias ações que esse segmento tem procurado apresentar em prol das comunidades desprovidas de meios de sobrevivência, fazendo a parte que o setor público e as empresas privadas e a própria sociedade não conseguem realizar. A assistência a comunidades carentes tem se tornado algo complexo e desafiador principalmente para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde o aumento populacional ocorre de forma desordenada e de difícil controle, em razão da falta de uma compreensão por parte das populações carentes no tocante ao controle da natalidade. No caso específico do Brasil, percebe-se que a marginalização social consiste num problema que data de muito tempo e tem se tornado objeto de preocupação das autoridades governamentais bem como para a própria sociedade. Desde o final dos anos 1970 as populações que vivem à margem da chamada linha de pobreza têm despertado constantes preocupações no sentido de se buscar meios que possam combater ou pelo menos reduzir o quadro situacional vivido por essa parcela da sociedade.

Oitenta milhões de brasileiros, em 1984, representavam uma população de possível dependência social, informa Sposati (2003), que transcreve informações obtidas em estudo realizado a respeito das políticas sociais brasileiras.

Ainda de conformidade com o relatado documento, em 1980, o Brasil era considerado um dos países onde se registravam as maiores taxas de desigualdade social. Diante dessa realidade, a assistência por parte do Governo passou a ser concretizada por meio da criação de secretarias voltadas para ações de natureza filantrópica como foi o caso da Legião Brasileira de assistência (LBA) considerada, na época, o órgão mais sólido de assistência social proveniente do setor público.

Um dos fatores-causa do aumento do conjunto de pessoas carentes, conforme a visão de vários críticos da área econômica, consiste no fato de o Brasil caracterizar-se como um país marcado por um capitalismo concentrador de renda que faz com que a questão da desigualdade econômica e social venha alcançar índices elevados de pobreza e desajuste de sobrevivência.

Ademais, outro fator crítico que muito tem concorrido para a generalização desordenada das camadas sociais de baixa renda consiste na falta de compreensão por parte das referidas classes no tocante às conseqüências que tal fenômeno vem gerar, já que se trata de classes despreparadas de grau de instrução capaz de possibilitar-lhes uma visão sobre a dignidade com relação às condições de sobrevivência que devemos buscar antes de mais nada.

Convém ressaltar que o aumento das camadas sociais de baixa renda bem como daquelas totalmente despreparadas de meios de sobrevivência, no Brasil, teve sua maior marca a

partir dos anos 1980 quando a população chegou a alcançar a média de 140 milhões de habitantes. Retomando o estudo realizado sobre políticas sociais em 2003 abordado anteriormente, constata-se que em metade dos anos 1980, 64% dos brasileiros constituíam uma população de provável dependência social.

Desse conjunto, 5% eram maiores de 60 anos, ou seja, representava a população inativa; 20% eram menores de 10 anos e 33% maiores de 10 anos que não contavam com rendimento fixo. O mesmo estudo apontava que 21 milhões constituíam a força de trabalho ativa, percebendo até um salário mínimo, o suficiente para assegurar somente 23% das necessidades básicas. Por fim, o estudo afirmava que o Brasil representava um dos países onde se registrava as maiores taxas de desigualdade social.

Portanto, o crescimento populacional da época já apresentava algo desafiador para os governantes: o problema da marginalização social crescente, em que uma das principais causas consistia na falta de meios suficientes de sobrevivência para atender a todos, já que as condições de emprego e renda vinham caminhando em sentido inverso ao referido crescimento, em decorrência de dois importantes fatores: as exigências de qualificação profissional e o avanço da tecnologia a ponto de fazer com que o mercado de trabalho, cada vez mais inovador, passou a substituir grande parte da mão de obra não especializada e semiespecializada.

E isto, de fato, consiste em algo cada vez mais complexo em razão de contribuir para circunstâncias ameaçadoras que vemos se multiplicar a todo o instante, como é o caso da miséria social ao lado da violência sem controle. Assim, os dramas sociais enfrentados pelas classes marginalizadas e de baixa renda só têm a trazer sérias complexidades em virtude da conjuntura moral, social, educacional e cultural absorvidas por essas classes, e fatores difíceis de serem controlados e modificados, o que só é possível ocorrer, mediante uma política educacional voltada para uma visão conscientizadora no tocante aos mais diversos aspectos da vida.

Os dramas enfrentados pelas classes sociais de baixa renda só trazem serias complexidades por varias virtudes de conjuntura moral, social, educacional e cultural, absorvidas por classes e algumas dificuldades a serem controlados e modificados, que ocorrem mediante de uma política educacional voltada a uma visão conscientizadora no tocante aos mais diversos aspectos da vida.

No outro lado, a questão da inoperância em que vivem é submetida a comunidades carentes, fruto do desemprego e não fazem nada para resultar, sem duvida complexa ordem que resulta em outro problema no aumento da negligencia de vida; As ações como é o caso da violência pratica abomináveis e a partir de meio familiar, e a agressão à saúde física e emocional decorrem há angustia e ao estresse causador pela desocupação; Isso faz com que o individuo se torne mais

incapacitado para iniciar uma vida com determinação.

Não se pode deixar que a desigualdade social deixasse de ser um problema que tem ocorrido para diversos meios, tem como um fator de ser o Brasil o país com extensão territorial em virtude esteja enfrentando várias adversidades de forma social, econômica, cultural, ambiental, hábitos e costumes. Há mudanças comprovadas que representa uma classe abastada com apenas 3% da população, a classe média 22%, enquanto a classe de renda baixa denominada atinge um índice de 75%. Trata-se de vários grupos enfrentados com problemas de sobrevivência. A situação da miséria social chega a ser espantosos, pois muitos anos essa situação chegou a ser registrada, já que o setor público não tem solução dos problemas causados pelos índices.

O programa de assistências sociais do setor público voltado para mencionar as classes, que tem boa parte em cooperação, principalmente nos casos dos micros e sucintas comunidades. Essas dependências contínuas de recursos financeiros geram uma ação preocupante e complexa, ate porque o capital público, especificamente na década de 90, tem-se tornado necessitado, portanto, um controle racional de natureza. Em contrapartida, os problemas sociais tem-se tornado progressivo já que as populações vivem a uma margem de pobreza que apresentam a um maior aumento. Alguns estudos pelo IBGE na década de 1970 apontam que o número de pessoas de baixa

renda no Brasil, atingia mais de 10 milhões de pessoas. Na outra década de 1980 esse número se ergueu para 23 milhões, chegando ao início do outro século com 32 milhões.

Em 2003, surgiram alguns programas criados pelo Governo Federal, denominado Fome Zero, Bolsa Família e Bolsa Escola, a assistência Social ganhou uma dimensão maior, levando em conta com certas condições de sobrevivência das comunidades. Todavia esses programas são necessários para gerar um incentivo pela concepção das classes, pois com a cota de mais filhos maior a ajuda recebida.

Esses equivocam contribuirá para um aumento dependente dos programas populacionais de maior empobrecimento com consequências ainda mais radicais que presenciamos modernamente. Vale ressaltar que os programas implementados pelo setor público têm como implementos paliativos, ou seja, assistências emergenciais que não tem como permanecer com uma sustentação de sobrevivência.

Para ter sustentação, além da assistência básica, tem que fazer com que as comunidades sejam capacitadas em exercer atividades que possa gerar emprego e renda própria, fazer uma iniciativa própria enfim que possa explorar as atividades com sua capacidade. A realidade trata-se de algo não fácil de ser solucionado, principalmente a certo e médio prazo, que alguns dos fatores analíticos referidos a comunidade, conforme o serio problema sem controle.

As condições que a expansão da natalidade vem contribuindo com problemas de sobrevivência referidos a comunidades de problemas como miséria social torna-se um desafio, sem duvida, concorrem o risco de falha social com desigualdades econômicas. Cabe frisar os direitos de sobrevivência para todo cidadão, desde que manifestado por parte de fins lucrativos mas de pensadores da área de atuação.

Diversos campos da economia chegaram a afirmar que diversos cidadãos profissionais tinha direito a uma renda que garantisse um atendimento mínimo, alguma de suas necessidades, como Camargo (2001) argumentando, inclusive toda pessoa tinha que contar com ajuda para manter e essa ajuda deveria resulta em renda distribuída, sendo uma retribuição como parte do pagamento direto do Estado para o trabalhador, reconhecendo que cada cidadão deve participar de um poder lucrativo. A preocupação e dever de cada país capitalista e garantir emprego e renda a cada pessoa que superem as condições de indigência.

Em 1991 no Brasil o Senador Eduardo Suplicy, apresentou ao Congresso Nacional um programa de renda as populações de baixa pobreza, submetido a diversos estudos e analise por parte do Governo Federal. A criação desses programas no Brasil, não tem sido razoável para assegurar um atendimento em que a pessoas carentes, uma vez que os problemas consistem em miséria social num fenômeno decrescente por parte das próprias pessoas, é necessário buscar uma

assistência para que não tenha efeito unicamente, mas permanente, isso pode ocorrer programas que podem gerar empregos, rendas, como incentivos a comunidades para atividades próprias, mediante um nível profissional.

TERCEIRO SETOR

O terceiro setor tem sido um processo objetivo às populações carentes, em razão da política que executa projetos e alguns programas qualificados de gerar empregos e rendas, que possa ativar as comunidades em que possa assegurar algumas atividades de sobrevivência. Tem sido como uma ligação de organizações e iniciativas privadas que possa produzir serviços públicos que não geram lucro, mas e contestado as necessidades coletivas.

Para Rothgiesser (2004, p.2), ‘O terceiro setor consiste que alguns cidadãos participem de modo espontâneo que visa uma ação voluntária que visa um interesse social. Isso mostra que o Estado de fato cumpre com uma função com excelência coletiva’. O que percebe que o terceiro setor envolve em um ligamento de ações e finalidades que se vão desde questão do humanitarismo, que abrange ações de cidadania em defesa ao ser humano, em luta pelo envolvimento social e fortalecimento dos movimentos sociais, além das atitudes úteis para a sociedade. O setor teve origem com surgimento de instituições filantrópicas no final do século XIX quando surgiram as santas casas de misericórdias e outras instituições criadas pela igreja que prestavam serviços de assistência as comunidades de baixa renda.

No século XX, as outras religiões passaram a exercer atividade filantrópica associada ao

Estado, foi no período republicano que a relação Igreja-Estado mudou no mesmo momento em que as novas religiões prestavam serviços da assistência social.

As novas instituições atuam na introdução do setor que até então não tinha uma atuação de interpretar atores tradicionais, outro fator que colaborou a mudança do relacionamento entre a Igreja e o Estado foi à modernização natural da sociedade, fazendo com que o surgimento do progresso subsequente da industrialização e urbanização.

Portanto o aumento ocorreu com a complexidade de alguns problemas sociais, com isso surgiu algumas entidades na sociedade civil, e na maioria unido ao Estado, mas não restringiu à Igreja e nem ao Estado, as instituições da natureza não governamental, sem fins lucrativos com a finalidade pública. Na década 1970, a sociedade brasileira começou a se mostrar que as contribuições para um aumento das desigualdades sociais, reivindicando que vieram se opuser ao superior do regime militar.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a promoção de melhorias em que diz que o aumento dos direitos de cidadania e principio da promoção das políticas sociais. A referida Constituição favoreceu um grande avanço para os programas assistências voltados para a população de baixa renda. O terceiro setor passa a ser projetado de forma mais solida ao ponto de ser inacreditável a sociedade conforme mencionado ao

setor público, não asseguravam as condições suficiente de atender alguma necessidade básica a todo comunidade de famílias de baixa renda.

ASPECTO HISTÓRICO

O terceiro setor tem sua história definida em um aspecto primordial da humanidade que observa os primeiros atos de ajuda às necessidades básicas dos mais necessitados. Para esse entendimento de Hudson (1999, p. 1) encontra-se um código firme na justiça, oriundo das primeiras civilizações, as pessoas faziam com que umas e outras ajudassem as suas necessidades, transportando aos mais carentes para um lado sem cobra nada, dando abrigo, alimentos entre outros.

No entanto o Terceiro Setor surgiu nos Estados Unidos com uma visão de organização a fim de lucro, estabelecendo um complemento proibido de serem estabelecidos se houver divisão de lucros com seus líderes, decorrente de excedente. Esse setor engloba várias organizações sem fins de lucros, no Brasil as principais formas de atuar no setor e composto às Organizações Não-Governamentais (ONG).

As ONG tiveram a sua origem na Europa desde da Segunda Guerra Mundial, ficaram conhecidos a Organização das Nações Unidas utilizaram essa expressão para estabelecer um acordo governamental designado supranacionais e internacionais que não foram estabelecidos. Depois da Segunda Guerra Mundial o mundo esperou enfrentar vários problemas de impressão social, sendo uma ordem administradora que não alcançam para ser solucionado completamente. Nessa intervenção da sociedade civil surgiu a ONG,

que o início teve como um resultado de caráter voluntária que era ligado a grupos religiosos; mas foi na década 1970 que ficou conhecido por suas artes voltadas para executar atividades voluntárias de autoajuda, assistência e serviços nos campos de Educação, saúde... Alguns estudos mostraram que o Brasil que surgiu no terceiro setor e que viam de datas bem distantes.

Para Oliveira (2003), os registros do terceiro setor em nosso País datam períodos em desenvolvimento a partir da Primeira República por meio de ações sociais e religiosos, que sofriam uma influência forte da colonização portuguesa e do domínio da Igreja Católica. Na década de 1970 houve uma explosão voltada a ONG desde defesa dos movimentos ambientais e minorias e outras ações.

Passa a entender-se como ONG, de acordo com Tenório (2006), as organizações sem fins lucrativos, independência, sem vínculo com o governo, voltadas para o atendimento das necessidades de organizações de base popular, finalizando a ação do Estado. Suas ações são financiadas por agências de cooperação internacional, em função de projetos avançados, contando com trabalho voluntário.

Segundo a Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG) (2002), a ideia de um setor social ao lado do Estado e do setor empresarial, começou a ser usufruído no Brasil há poucos anos. Em torno dessa expressão, trajetórias históricas concretas de vários segmentos

da sociedade civil brasileira, que sempre trabalharam com base em diferentes valores, perspectivas e alianças, são ressignificadas e tendem a se diluir em um conceito homogeneizado.

Enquanto as entidades sem fins lucrativos foram surgindo, passaram a contar com capacidade gerencial que veio gerar ações administrativas com especialidade.

Um exemplo é o Grupo de Instituições, Fundações e Empresas (GIFE), sediado em São Paulo, cujo gerenciamento se dá por meio de áreas de conhecimento. Trata-se de uma organização que procura difundir políticas públicas por meio de projetos e programas bem direcionados, de modo a fazer com que os recursos obtidos sejam aplicados de forma eficiente e proveitosa. É uma entidade que tem princípios éticos, que procura preconizar os conceitos e a prática do investimento social conseguinte da consciência da responsabilidade e sua correlação para com a sociedade. Tem como parceiros empresas privadas, fundações e instituições associadas.

RESPONSABILIDADE DO TERCEIRO SETOR

A responsabilidade do terceiro setor com o auxílio às comunidades carentes constitui, de fato, um trabalho relevante que requer desempenho e dedicação ao lado de criatividade para o surgimento de projetos adequados com as situações constatadas. Para tanto, essas organizações procuram contar com pessoal capacitado em gerenciamento das ações (dirigentes das instituições e seus subordinados). Essa responsabilidade vai desde as assistências oferecidas até os recursos aplicados.

O compromisso do terceiro setor não se restringe apenas a um contexto social mas também econômico à proporção que gera trabalho e renda para as pessoas carentes, também capacitando-as para que exerçam atividades próprias. Suas execuções são significativas, apesar de que o problema do equilíbrio social requer muito empenho em conjunto com programas bem definidos e acompanhados por um trabalho esclarecedor.

Crê-se que as assistências sociais se fazem essenciais para garantir as condições mínimas de sobrevivência, mas as pessoas assistidas tem que demonstrar esforço e interesse de buscar suas independências de vida, por meio do trabalho e da exploração de suas potencialidades econômicas, pois um país se desenvolve via trabalho, com base na geração de emprego, renda e divisas. A ação do terceiro setor é, sem dúvida, necessária, principalmente porque busca o emprego e a renda

como meios fundamentais de atendimento social. Entende-se que o trabalho não só gera riquezas e serviços indispensáveis à nossa sobrevivência, como também, faz com que o ser humano sinta-se aproveitado e realizado nos seus mais diversos aspectos.

É o trabalho que dignifica e conduz à realização pessoal, despertando ser humano estímulo e prazer pela vida. A assistência por si só jamais aguçará tais valores, pelo contrário, pode concorrer, se for assistencialista, para o esvaziamento da iniciativa e, da determinação e m buscar a independência econômica. Além disto, a falta de trabalho suprime a criatividade e o desenvolvimento das competências profissionais, assim como o interesse pela busca de algo vantajoso e construtivo.

Logo, é preciso que os dirigentes de instituições sociais, em qualquer que seja a comunidade, possam contar com capacidade técnica e gerencial para desenvolver projetos consistentes que visem aos problemas vividos pelas comunidades, de modo a fazer com que os fundos aplicados sejam bem direcionados e gerenciados a ponto de garantir resultados eficazes. E isto não se justifica somente pelo fato de o ser humano ter que contar com iniciativa de vida para que possa garantir sua sobrevivência, mas, em razão da ocupação representar uma realização que dá sentido à existência, tanto no campo individual quanto social.

É lugar comum, popularmente afirmar-se que a ocupação proporciona determinação, força de vontade e espírito de ação, além de assegurar a condição de sobrevivência. Entende-se que a previsão para aplicação de recursos financeiros nos programas assistenciais tem distintos fatores para optar pela distribuição e provavelmente, um deles é aquele que faz com que as comunidades não se tornem simbióticas com o processo de consumo, fazendo com que efetivem alguma colaboração, isto é, sejam ativas no processo produtivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O terceiro setor está voltado para ações sem fins lucrativos, os recursos aplicados em suas ações têm sido muito grandes. Mostra-se que em 1996, as entidades sem fins lucrativos americanos chegaram a movimentar US\$ 300 bilhões de dólares. Esse valor chegou a 6,3% do PIB americano em números absolutos. Desse total, US\$ 70 bilhões foram provenientes de doações feitas por pessoas físicas. Um levantamento feito no Brasil, pela Fasfil revela que as organizações sem fins lucrativos, chegaram a investir em 2007, o equivalente a R\$ 12 bilhões. Quanto às doações recebidas por parte de pessoas físicas foram da ordem de R\$ 1,1 bilhão.

Pleitear com responsabilidade as ações das entidades para gerar um relevante investimento, grande parte dos recursos aplicados provém do setor governamental que solicita sua utilização dentro dos princípios da responsabilidade fiscal. No entanto, os grandes recursos aplicados pelo terceiro setor se concentram em sua maior parte em instituições de médio e grande porte, uma vez que contam com programas mais justificáveis para obtenção dos recursos. A política assistencial do terceiro setor, deixa muito a desejar em relação aquelas de micro e pequeno porte, já que os recursos obtidos são bastante limitados e, as entidades não contam com programas capazes de

envolver as mais diversas áreas que integram as necessidades vividas pelas populações carentes.

Não há dúvidas de que os recursos só podem ser aplicados de maneira eficiente se realmente contarem com projetos e programas provenientes de uma visão sistêmica e racional, o que vem exigir, pessoal habilitado, detentor de conhecimentos capazes de possibilitar ação gerencial e administrativa eficaz, bem como transparência na prestação de contas. Não se percebe ainda uma capacitação suficiente para assegurar uma assistência de efeito contínuo e satisfatório em pequenas comunidades. Além de serem escassos os recursos, não são acompanhados, conforme já mencionado, de um planejamento pautado numa visão inovadora e criativa e focados em experiências de vida.

E sucedido que as assistências nessas camadas se voltam para ações paliativas, já que o foco não é a empregabilidade e sim o socorro a situações emergenciais. As grandes comunidades já recebem, em boa parte, assistências que procuram ter um efeito constante e progressivo. Porém só pode ocorrer quando se procura levar em consideração a questão das aptidões e vocações pessoais, pois, somente assim é possível garantir emprego e renda de forma bem sucedida e justa.

No entanto é preciso ter como evidência principal a geração de emprego e renda, para que os recursos utilizados pelo setor sejam otimizados, trata-se de uma ação que não só vem possibilitar a garantia de sobrevivência para as comunidades

mas, também, conceder-lhes realizações pessoais e, fazer com que elas se distanciem da inoperância e se libertem das práticas de violência, da prostituição e da natalidade sem controle.

REFERÊNCIAS

Vico Manãs, Antônio; Ezequiel de Medeiros, Epitácio, *Perspectivas em Gestão & Conhecimentos*, v.2, n.2, João Pessoa, p.15-29, Jul./Dez.2012.

<http://periodicos.ufpb.br/index.php/pgc/article/viewFile/2012664/8472> Acesso em: 02 de Março de 2017.

Capítulo 15: AÇÕES EDUCATIVAS EM PROGRAMAS DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Cynthia Barbosa Machado*
Jaqueline F. F. de Araújo*
Paula de Lima Dodd*
Magno Felipe Campos Araújo*
Estela Bispo de Souza*

INTRODUÇÃO

As ações alimentar e nutricional no processo da saúde, englobam programas voltados para toda a comunidade, processos esses que se tornam essenciais para o restabelecimento dos mesmos.

O PSF é estabelecido á partir de algumas características; organizar a atenção básica de saúde introduzida na geração de saúde visando a promoção, qualidade de vida e fatores de risco as ações educativas alimentar e nutricional exercem substancial importância para este contexto .

A política nacional de segurança alimentar e nutricional implementou 8 diretrizes a serem seguidas: produção de alimentos, disponibilidade de alimentos, nutrição e acesso a alimentação adequada e saudável, incluindo água e saúde, acesso a serviços relacionados a educação programas e ações referente a san.

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

Em alguns municípios é constatado que programa NSF e furtivamente descaracterizado, voltadas para atendimento com uma lógica privatista e elitista com um protótipo de assistência e valorização das atividades médicas, portanto todo esse engodo se faz com intenção eleitoral.

No que se refere as ações subterfúgio de educação alimentar e nutricional na seara da promoção a saúde, mesmo identificando considerável desenvolvimento que se engendra no âmbito teórico do que na prática, percebendo que ainda se encontram longe da concepção a promoção .

O destaque da educação alimentar e nutricional pode ser verificado na esfera das ações da (cgpan) por ocasião da realização, em 2006 e 2008, dos fórum de educação alimentar e nutricional para a promoção a saúde e direito humano á alimentação apropriada .

O objetivo foi debater como o processo é essencial para a promoção da saúde, visando as práticas de educação em saúde utilização de técnicas métodos de educação alimentar e nutricional como artifício de promoção saudável.

O programa Saúde da família é muito importante para desenvolver ações de nutrição, capacitando assim os agentes comunitários de saúde.

O programa de saúde da família (PSF) é uma estratégia de atenção básica, que tem em vista trazer um novo conceito em saúde, para uma promoção da qualidade de vida e intervenções em

fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000, Almeida e Mishima, 2001). E a questão de nutrição e alimentação tem sido necessário pelo aumento de morbi-mortalidade da população brasileira e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis como exemplo a diabete, obesidade, alguns tipos de câncer etc, no qual estão envolvidos com a alimentação, nutrição e estilo de vida da população.

As ações educativas é muito importante para prevenir e controlar as enfermidades e o programa Saúde da família desenvolve a capacitação do agente comunitário de saúde. O ACS é um profissional que trabalha na equipe saúde da família exclusivo do SUS.Realiza a função de prevenção de doenças e promoção da saúde, ações nas residências e comunidades, individuais e coletivas.Assim sendo a qualificação deste agente como educador em nutrição por meio de treinamentos é primordial.

Em 1970 foi implantado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, com o objetivo de atuar contra à fome/desnutrição, este programa se caracteriza pela Internet oralidade e uma ampla compreensão dos problemas alimentares . Além do PRONAN que é o Programa das ações de saúde e saneamento (PIASS) em 1976 no qual foi um importante avanço na época.

Baseado no conceito de atenção básica de saúde, se faz extremamente necessário para os principais imbróglis da saúde da população brasileira, fatos esses citados por

VASCONCELOS(2011) E MARCOS que diante do cenário epidemiológico de desnutrição fazia-se necessário a atuação de um nutricionista.

Foi bastante debatido a importância de um bom alicerce da atenção básica de saúde para o enfrentamento da desnutrição em adultos e adolescentes donde nasceram documentos voltados para vigilância sanitária e para o desenvolvimento de estudos epidemiológico a fim de mapear os problemas de desnutrição, usado como estratégia principal a atenção básica de saúde e saúde da família de acordo com o SUS na prática de nutrição e alimentação ,porem não foi facilmente reconhecido nesse processo de organização da atenção básica ,diversos foram os fatores histórico e socialmente determinados,fazendo com que a alimentação e nutrição em suas práticas estruturais teóricas fossem tão lentas e com muitas barreiras inseridas nas políticas de saúde .Medeiros (2011)apresenta e contribui para sistematizar os referenciais políticos institucionais que são orientado e assegurado ao menos em teoria ,somado a teoria e ações no âmbito da alimentação e nutrição na atenção básica .a política de alimentação e nutrição é respaldada e identificada da LOS (8080 de 1990) e um marco legal refletindo na organização do funcionamento dos serviços do visto sistêmico na esfera pública ,nos três níveis de gestão mas também um marco legal que se consolida a relação entre alimentação e saúde no plano do SUS o LOS estabeleceu a identificação e divulgação dos

fatores determinantes e condicionantes da saúde entre outros de sua atuação a realização do VAN e orientação alimentar.

Foi com LOS que definiu o que o SUS tinha como objetivo, reconhecer e divulgar fatores que determinam a saúde, tendo orientações alimentares e realizações da Van.

A PNAS em 1999 consagra um documento que estipula segmentos que haviam participações ativa do movimento sanitário e da política da SAN. Tendo em base nesse documento formas de ações políticas. E essas orientações teve um grande reforço quanto a importância da saúde alimentar, visando a necessidade de avaliar e prestar assistência aos distúrbios nutricionais. Neste ano de 2011houve uma grande revisão, no qual um novo texto foi aprovado, dentro destas mudanças as diretrizes tiveram alterações, e de sete conteúdos passaram a ser nove. Destacando a orientação da alimentação e nutrição estarem sempre interagindo, tendo o fortalecimento do SISAN e do DHAA, podendo ser exigido judicialmente como direito humano.

Em 2011 na última conferência nacional de segurança alimentar e nutricional, afirmaram novamente "... O papel essencial é estratégico do SUS para a consecução do DHAA, fortalecendo assim a PNAS, tendo em base essa expansão das ações de nutrição e alimentação nos vários níveis de atenção, e tendo consideração as necessidades da alimentação especial e as especificidades culturais e étnicas, assim como o alto nível do

sobrepeso, da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis". (4º conferência nacional de segurança alimentar e nutricional. Declaração: Pelo direito humano à alimentação adequada e saudável. 2011) Resolução do Conselho Federal dos nutricionistas na atenção básica, contendo o seguinte contexto. " A atividade nutricional e alimentar realizados em programas de atenção básica e vigilância sanitária ". Engloba 3 frentes: Programas institucionais, políticas e vigilância em saúde, atenção básica em saúde e a estratégia de saúde da família. Sugerindo assim que os gestores municipais considerem a inclusão do nutricionista para a equipe saúde da família para aprimorar a qualidade no atendimento e tendo visitas domiciliares.

Como recomendações da Estratégia Global para a promoção da alimentação adequada e saudável e com o objetivo de incentivar e conscientizar a população sobre a importância de manter uma alimentação com qualidade e a prática de atividade física como aliados na construção de um estilo saudável de vida, foi elaborado o guia alimentar para a população Brasileira, documento este elaborado em 2006 e que apresenta as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a nossa população, o guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população é um instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no sus e em outros setores.

As ações de nutrição e alimentação desenvolvidas pelo SUS tem sido de extrema importância para a concretização da segurança alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo assim para redução do índice das morbi-mortalidades associadas a distúrbios alimentares.

Dentre essas ações destacam-se as desenvolvidas por meio das 8 diretrizes da Política Nacional de Segurança alimentar e nutricional (PNSAN), que tem por objetivo geral promover a segurança alimentar e nutricional, bem como assegurar o direito humano á alimentação adequada em todo o território nacional.

As 8 diretrizes contemplam ações de produção de alimentos, disponibilidade de alimentos, formulação e geração de renda e melhoria nas condições de vida, ações que promovem acesso a alimentação adequada e saudável, a educação, ao monitoramento e avaliação nutricional.

NASF- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

O NASF é uma estratégia criada para apoiar a equipe de saúde da família no desenvolvimento de ações educativas em saúde, é constituída por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde, através da política de implantação dos NASF foi estabelecida a possibilidade de contratação de Nutricionistas pelo poder público Municipal, para atuarem na Atenção Básica no desenvolvimento de ações de promoção e educação alimentar.

Segundo a política a atuação de nutricionistas juntamente a ESF estabelecerá ligações da rede de serviços de atenção básica com o sistema de segurança alimentar e nutricional (SISAN) com vista a promoção da segurança alimentar e nutricional.

O Ministério da saúde em consonância com as ações do SUS tem disponibilizado cadernos de atenção básica com enfoque nas diretrizes do NASF e manuais de orientações das ações de alimentação e nutrição nos NASF, com o objetivo de conscientizar a população sobre mudanças nos hábitos alimentares e na importância da incorporação da prática de atividade física no cotidiano.

MATRIZ DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE-MS-2009

A Matriz tem por propósito principal sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional, no âmbito da atenção básica de forma a complementar as demais ações que já vem sendo implementadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados em especial a ESF. A Matriz mostra claramente sobre a importância da criação de novas ações de alimentação e nutrição na atenção básica e de como as ações já existentes não são suficientes para a demanda da população, neste contexto defende a ideia da inserção de ações a serem desenvolvidas por diversos profissionais da equipe multidisciplinar em conjunto com nutricionistas incorporados a equipe para atuarem em espaços criados pelos NASF, o documento também defende a inserção de indivíduos, família e comunidade como co participantes no desenvolvimento e práticas de ações de saúde.

De acordo com a Matriz para a gestão e o planejamento das ações é necessário identificar as responsabilidades do gestor Municipal para implementação da PNAN e da PNSAN, a gestão dessas ações envolve planejamento, organização, direção e controle voltados para o cuidado nutricional nos diferentes níveis de atenção a saúde e entre as unidades de saúde e suas equipes que formam a rede de serviços.

As diretrizes de produção e promoção da saúde através da alimentação e nutrição se fazem presente no cotidiano de toda equipe multidisciplinar de saúde, contudo cabe ao gestor, identificar e desenvolver tais programas que resultem na melhoria da qualidade de vida da população, sendo assim, com uma alimentação saudável, torna-se evitável muitas patologias que hoje sobrecarregam o Sistema Único de Saúde e que se prevenidas de forma eficaz e preventiva é possível contê-las de maneira plausível.

É típico de determinada região, ser feito uma análise epidemiológica que influenciam diretamente na vida da sociedade, como expectativa de vida, doenças transmissíveis e demais problemas que se tratados são contidos através de um mecanismo de individualização dos casos de predominância de problemas atípicos associados à saúde do indivíduo.

Outro fator importante no desenvolvimento da promoção em saúde está no crescimento populacional associado ao hábito de alimentação e globalização que se mostra evidente e importante nesta prevenção. O monitoramento da nutrição de uma população pode evidenciar muitas doenças parasitológicas e endêmicas para determinada população.

Em síntese, a relação de nutrição e promoção da saúde esta baseado nas formas de cuidado saúde-doença e também nos tipos de estudo qualitativo e quantitativo de uma região.

Desta forma, é possível que profissional de saúde resulte no sucesso em seu planejamento.

1-Vigilância nutricional e alimentar,

a) A prática e seus mecanismos tecnológicos, a atuação e práticas de vigilância nutricional e alimentar em crianças, adolescentes, gestantes, nutrízes, adultos e idosos. o acompanhamento do da situação nutricional com a pratica de vigilância no fomento da saúde.

b) O acompanhamento do fomento nutricional na atenção básica por intermédio do sisvan-web.

c) O acompanhamento do fomento nutricional limitado a execução eventual do setor de saúde nos programas de transferência de renda e distribuição de alimentos.

2º) Cuidado individualizado ao paciente com distúrbios nutricional e patologias globais na atenção básica .

a) A assistência individual do nutricionista na atenção básica , exige natural atendimento das prioridades epidemiológicas

b) A assistência nutricional a partir da divisão intelectual da saúde como um processo que abrange a tríade de saúde ,patologia e cuidados. concentrar esforços para um comportamento na prevenção da doença idealizando hábitos saudáveis ao individuo.

c) A política humanizada que conceitua e insere clinica ampliada, promove objetivos de retaguarda especializada a equipes e profissionais designados a atenção aos problemas de

saúde,apoio matricial definido por campos e domitti (2017) uma metodologia e suporte voltada tanto no campo pedagógico quanto na assistência.troca de saberes em casos acompanhados em consultas englobando toda a equipe de referência. na extensão do programa de políticas de humanização do sus alguns autores complementam no âmbito da gestão do cuidado (cecilio 2009 ; ceccim e mehry, 2009) trazendo uma metodologia melhor conceituada engrandecendo o cotidiano da equipe profissional.

Onde se encontra espaços com produção de tecnologias e de cuidado, tendo práticas de comunicação, tendo em base de não ter um foco na inibição de uma potência criativa. No qual não se apresenta uma racionalidade com excessos de protocolos e gerencias de recursos humanos.

Visitas nas residências em uma maior área geográfica de USF ações voltadas para a alimentação adequada e Nutrição, visando realizar um trabalho em equipe com colaboradores da equipe de estratégia da saúde da família para integrantes de residências para áreas de cobertura: crianças que se encontram em algum tipo de desnutrição, recém nascidos, idosos, acamados e aqueles que tem um número grande de faltas de consultas tendo uma busca ativa destes e entre outros como portadores de doenças crônicas não transmissíveis, auxiliando na adequação de uma nova rotina alimentar e com o processo de adoecimento crônico e orientações sobre o controle

de fatores de riscos há vários eventos com que cada doença possa trazer.

Orientações sobre nutrição alimentar na atenção básica e educação em saúde, é inevitável que ocorra um processo de educação do profissional de saúde como educador e trazer diferentes tipos de educação em saúde na atenção básica.

Intersetorialidade na educação da segurança alimentar e nutricional sustentável dentro da UBS. Tendo em vista parcerias com setores escolares, centros regionais de assistências sociais e setores de comércios de alimentos e entre outros.

CONCLUSÃO

Os programas como o Programa Nacional de alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS) foram considerados como um importante avanço na elaboração e implantação de ações educativas em alimentação e nutrição

Juntamente com os demais programas existentes o fortalecimento da atenção Básica para o enfrentamento da desnutrição infantil e prevenção de problemas ocasionados por carências nutricionais foi uma iniciativa que esta entre as mais importantes no âmbito da promoção da saúde

As Unidades Básicas de Saúde através do PSF constituem a porta de entrada dos usuários no SUS e através do PSF são desenvolvidas ações educativas em alimentação e nutrição.

As ações educativas em alimentação e nutrição organizadas, implantadas e desenvolvidas através de programas e iniciativas do Ministério da saúde (MS), tem sido um grande avanço na saúde da população Brasileira e são de extrema importância pois visam promover informações que servem de subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos.

Portanto se faz imprescindível e enfatiza-se a importância desses programas, iniciativas e mudanças na área da saúde que visam atender de forma continuadas populações para que haja a conscientização e as mesmas possam adotar mudanças no estilo de vida como: adesão e pratica

de hábitos alimentares saudáveis e adequado as necessidades individuais , abandono do tabagismo, controle de peso, adesão a práticas de atividades físicas regulares prevenindo assim diversas patologias decorrentes da má alimentação, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis que tem um elevado perfil de morbimortalidade.

Capítulo 16: AÇÕES EDUCATIVAS EM PROGRAMAS DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: SEGUNDA ANÁLISE

Érika Andrade*
Hellen Clayre*
Luana Ferreira*
Rayclécia Santos*
Wasley Moura*

INTRODUÇÃO

Em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, os costumes alimentares são adquiridos e circundam o ambiente das pessoas (ASSIS; NAHAS, 1999, p.36).

É a formação de hábitos alimentares ou costume alimentar que determina a escolha alimentar, que são fatores decisivos para a promoção, manutenção, recuperação, na condição da saúde.

A promoção da saúde está relacionada neste sentido os quais tenham um impacto positivo no controle que a pessoa tem de sua própria vida resultando numa evolução da saúde. (CERVATO, 2005, p.43).

O objetivo de atuar diretamente na educação em nutrição nos hábitos alimentares dos indivíduos ou grupos (família, mídia, escola, cultural, status, renda, acessibilidade e outros).

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

Está inserida no contexto da adoção promoção de hábitos alimentares saudáveis, modos de vida saudável sendo assim, componente importante da promoção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006b) e está pautada na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população e concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2005a).

O espaço da escola é considerado produção de saúde, autoestima, comportamentos e habilidades para a vida de seus alunos à formação de hábitos alimentares saudáveis são à construção da cidadania, através das diretrizes para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional o Ministério da Saúde e da Educação instituíram pela Portaria Interministerial nº 1.010.

No contexto da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, é Direito Humano à Alimentação Adequada e Educação Alimentar e Nutricional, visando promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis em um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional. Serão realizadas com as famílias atividades temáticas.

Será considerada EAN um conjunto de ações formativas, de prática contínua e permanente, transdisciplinar, Inter setorial e multiprofissional que

tem como fins o Programa Nacional de Alimentação Escolar que ajudam escolhas alimentares saudáveis de uma forma voluntária que colabora com a qualidade de vida do indivíduo, aprendizagem, o estado de saúde do escolar.

Visam à promoção de ações de prevenção as situações de vulnerabilidade e risco social e de acesso a direitos sócios assistenciais da proteção social básica a fim de contribuir com o Direito Humano a Alimentação Adequada a EAN se configura uma ferramenta para contribuir Nessa direção. Incentivem a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis pelas famílias por meio da reflexão de temáticas. Fatores como idade, o gênero e aspectos socioeconômicos intervêm na escolha dos alimentos entre os indivíduos e grupos, (GARCIA, 1997).

A alimentação e nutrição no contexto escolar, tem como objetivo incorporar as ações desse tema. A escola deve ser reconhecida como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania, com ênfase na alimentação saudável e na promoção da saúde, sendo inserido no contexto curricular uma função pedagógica.

Dentre outras, será ações de educação alimentar e nutricional aquelas que:

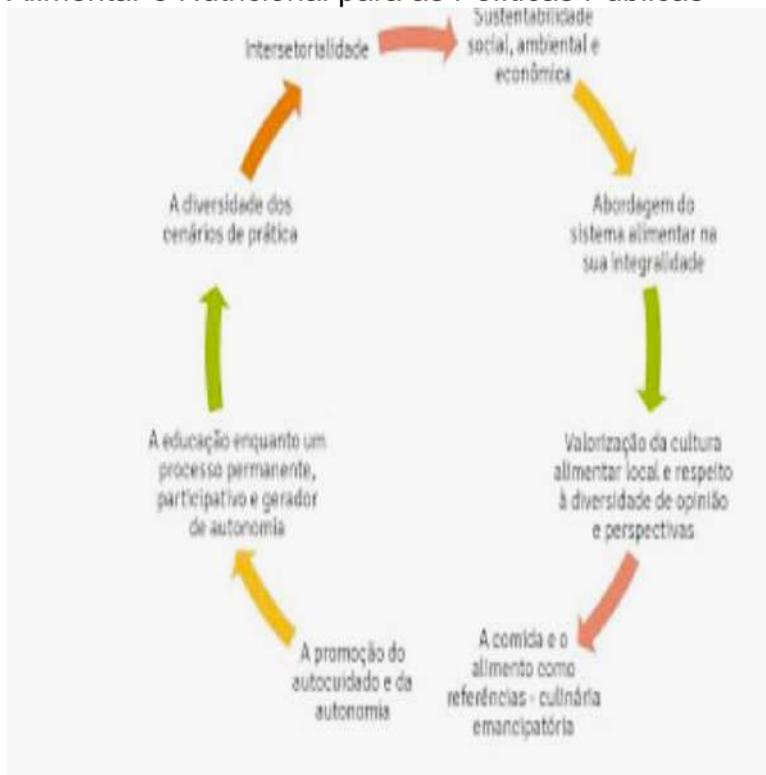
- Proporcionem alimentação adequada e saudável na escola;
- Proporcionem a formação de atores;

- Vinculem as políticas municipais, estaduais, distritais e federais no campo da alimentação escolar;
- Tendo por eixo temático a alimentação no ambiente escolar, dinamizam o currículo das escolas;
- Metodologias inovadoras foram criadas para o trabalho pedagógico.
- É necessário que haja um resgate dos hábitos alimentares regionais e culturais;
- O campo da alimentação escolar estimularam o desenvolvimento de tecnologias sociais.

Também é fonte de prazer, de socialização e de expressão cultural o ato de comer, além de satisfazer as necessidades biológicas. É medida por diversos fatores a autonomia do indivíduo, devem se darem de forma articulada as estratégias estruturais a abordagem do EAN, desde a produção até o consumo dos alimentos. As ações articuladas entre as dimensões garantem a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares, que o ambiente possibilita e que o indivíduo possa definir.

2.1 PRINCÍPIOS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL – EAN

Com vista a contribuir com a garantia do direito Humano a Alimentação Adequada-DHAA a EAN pode ser abordada por diversos setores. A EAN deve observar os princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Assistência Social, bem como os princípios das ações de EAN, segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas



A satisfação das necessidades alimentares dos indivíduos das populações que não implique o sacrifício dos recursos naturais renováveis e não renováveis e que envolva relações econômicas e sociais estabelecidas a partir dos parâmetros da ética, da justiça, da equidade e da soberania. É devido a EAN que promove alimentação adequada e saudável.

2.2 UMA QUESTÃO DE SAÚDE E CIDADANIA: ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

A sociedade e o governo brasileiro tomou à decisão de garantir para todos os indivíduos do território nacional o direito humano a alimentação adequada. Assegurando-lhes saúde e bem-estar a todas as pessoas. Condições para produzir ou terem acesso a uma alimentação nutritiva e saudável é dever do Estado e a responsabilidade da sociedade.

Toda a pessoa tem o direito de estar livre da fome e da má-nutrição e, além disso, ter acesso a uma alimentação adequada estas são as duas partes que compõem o Direito Humano à Alimentação Adequada. As múltiplas dimensões do desenvolvimento econômico social com soberania, da produção e acesso aos alimentos, e da saúde e nutrição, com participação social e diversidade étnica-cultural foram instituído no país pelo Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Garantir que as mudanças na disponibilidade e acesso aos alimentos não afete negativamente a composição da dieta e do consumo alimentar se dá através do reconhecimento que a alimentação é uma parte essencial da cultura de um indivíduo e levar em consideração as práticas, costumes e tradições exige algumas medidas que possibilitem manter, adaptar ou fortalecer a diversidade e hábitos saudáveis de consumo e de preparação de alimentos.

O aproveitamento do valor nutritivo dos alimentos e a educação e informação para evitar o consumo excessivo e desequilibrado de alimentos que podem levar à má-nutrição, à obesidade e às doenças degenerativas, a repartição justa dos alimentos nas comunidades e na família, sem qualquer tipo de prática discriminatória também fazem parte do conjunto de medidas a serem adotadas para a efetivação do direito humano e promoção da alimentação adequada e saudável.

2.3 A ESCOLA COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

É fundamental ampliar a autonomia das pessoas e das coletividades no cuidado integral à saúde, minimizando ou extinguindo as desigualdades de toda e qualquer ordem para assim está promovendo saúde, promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

As políticas e os programas brasileiros de alimentação e nutrição precisam orientar práticas que promovam a saúde e previnam as doenças relacionadas à alimentação, tais como a desnutrição e as deficiências por micronutrientes (anemia ferropriva, hipovitaminose A e distúrbios por carência de iodo), que ainda permanecem sendo desafios da Saúde Pública em nosso país, e as doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer), que vêm aumentando de forma cada vez mais precoce, processo caracterizado como transição nutricional. Esse peso multiplicado das doenças é considerado pela promoção da alimentação saudável.

Sabe-se que o predomínio da dieta ocidental (caracterizada pelo consumo de alimentos altamente calóricos, ricos em açúcar, gordura saturada e gordura trans e com quantidades reduzidas de carboidratos complexos e fibras) está associado ao aumento da obesidade e

consequente aumento das DCNT. Esse cenário está associado às mudanças econômicas, sociais e demográficas ocorridas nas últimas décadas decorrentes da crescente modernização e urbanização que provocaram alterações no estilo de vida da população e, em particular, dos hábitos alimentares.

AS DCNT estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, onerando em aproximadamente 70% do total de custos do SUS, excluídos os custos indiretos. A prevenção e controle dessas doenças e seus fatores de risco é fundamental para conter o crescimento epidêmico e as consequências na qualidade de vida da população. (BRASIL, 2005b).

Um dos pontos abordados pela OMS durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde em 2004 foi a necessidade de fomentar mudanças socioambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual, contribuindo para a reversão deste quadro alarmante. O número crescente e alarmante dos casos de DCNT ensejou a aprovação da Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

As diretrizes alimentares nacionais apresentam abordagem multifocal e integrada e constituem instrumento adequado e culturalmente referenciado para a promoção de práticas alimentares saudáveis ao longo do curso da vida, estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Guia

Alimentar para a População Brasileira trazendo recomendações para a ação do governo, do setor produtivo, dos profissionais de saúde e das famílias (BRASIL, 2006a).

2.4 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS

Guia funcional para profissionais de saúde e educação sobre a saúde, autoestima, comportamentos e desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar: alunos, professores, pais, merendeiros, responsáveis pelo fornecimento de refeições e/ou lanches e funcionários.

A ampliação de conhecimentos para as famílias e comunidades, melhoria da situação de saúde das populações, prevenção de hábitos negativos à saúde, redução dos índices de absenteísmo escolar e do professorado, conhecimento de utilização dos serviços de saúde e estímulo aos educadores para o trabalho são fatores comprovados que programas de promoção da saúde na escola favorecem. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1997).

Trabalhando com o eixos abaixo, o ambiente escolar deve ser considerado a partir de curto, médio e longo prazo, como indutor de práticas alimentares saudáveis e a avaliação de seus impactos, trabalhando com a promoção da alimentação saudável na escola:

- Respeitando a alimentação regional, considerando ações de Educação Alimentar e Nutricional;
- A partir de realizações de atividades com alunos, estimulando á produção de hortas

escolares e o uso desses alimentos na alimentação escolar

- Manipulação nos serviços, estimulando à implantação das boas práticas, ofertando alimentação escolar;
- Indução do consumo de frutas, verduras e legumes, restringindo alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gorduras trans, açúcar livre e sal dos comércios;
- Rastreamento da situação nutricional dos escolares.

O eixos apresentados acima foram traduzidos nos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável”, pela Secretaria de Saúde/MS propositando o favorecimento a adesão da comunidade escolar e facilitar a implementação de estratégias nas escolas consistindo em um conjunto de estratégias a ser trabalhadas de maneira complementar e permitindo a formulação de ações ou atividades de acordo com a realidade de cada local.

1º passo: Para favorecer escolhas saudáveis é necessário definir estratégias em conjunto com a escola e a comunidade escolar

2º passo: Nas atividades curriculares da escola, a abordagem da promoção da saúde e da 2ª alimentação saudável deverá ser reforçada

3º passo: Enfatizar a corresponsabilidade e a importância de desenvolver estratégias de informação às famílias dos alunos para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar

4° passo: Produzir e oferecer alimentos mais saudáveis, sensibilizando e capacitando os profissionais envolvidos na escola, adaptando locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação e garantindo a oferta de água potável

5° passo: Limitar a promoção, a oferta e a venda de produtos ricos em gorduras, açúcares e sal.

6° passo: Expandir na escola, opções de alimentos e refeições saudáveis.

7° passo: Dar ênfase nos alimentos regionais, ampliar a oferta e motivar o consumo de frutas, legumes e verduras.

8° passo: Por meio de estratégias saudáveis, fazer a divulgação e auxiliar os serviços de alimentação da escola estimulando essas escolhas

9° passo: Trocar informações e vivências, disseminando a experiência da alimentação saudável para outras escolas

10° passo: Considerar o monitoramento do estado nutricional, estender um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, em ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais dos escolares.

Entende-se o território próximo à escola, por comunidade escolar, englobando o comércio local, associações comunitárias e os serviços de saúde, ao longo das direções, funcionários, professores, alunos e pais ou responsáveis. Definido como espaço geográfico histórico, cultural, social e econômico, o território é espaço de produção de

vida e, portanto, de saúde, sendo coletivamente integrado e edificado.

Envolver a participação de vários agentes, favorecendo o reconhecimento, discussão e reflexão dos problemas e/ ou determinantes de saúde de toda a comunidade escolar, refletindo em educação em saúde nas escolas (nesse caso, focando a promoção de práticas alimentares saudáveis).

Veja alguns exemplos de promoções de práticas alimentares saudáveis, da participação da comunidade escolar:

- Contando com o apoio do comércio e entidades locais, houve aumento da horta escolar, que pode ser elaborada pelos pais e pela própria escola
- Com a parceria do serviço de saúde é desenvolvida em atividade pela escola o diagnóstico do estado nutricional da comunidade escolar
- Divulgação e Publicação por rádios comunitárias ou jornais locais, receitas culturais da região.
- Reunir os trabalhos desenvolvidos durante o ano letivo, promovendo uma feira de saúde e alimentação. Realizar o “Dia da Saúde” na escola em parceria com o serviço de saúde, com atividades desenvolvidas pela direção e professores para as famílias.
- Garantir para a comunidade escolar, treinamento com os funcionários sobre a oferta da alimentação saudável e água

potável, em companhia com a Vigilância Sanitária local.

Para produzir educação, a escola não pode ser vista apenas como um sistema eficiente, mas como aquelas que se relacionam com a comunidade escolar se preocupando com a saúde de todos, como uma comunidade escolar e seus membros.

Possibilitando o desenvolvimento de suas potencialidades físicas e intelectuais, escola saudável precisa, deste modo, gerar autonomia como um espaço vital, dado ao escolar participação, crítica e criatividade, (SECRETARIA DISTRITAL DA SAÚDE DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ, 1997apud PELICIONI; TORRES, 1999).

A construção de uma consciência crítica e emancipadora são contribuídos pela participação da família na identificação dos seus problemas e na busca de soluções diante das questões de saúde. A formação de cidadãos com conhecimentos e habilidades para análise crítica de questões da contemporaneidade, incluindo os problemas do processo saúde-doença-cuidado, são permitidos a partir da parceria escola e família.

O compartilhamento de diferentes pontos de vista, a sugestão de ideias e ações e formação do sentimento de coletividade para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas no cotidiano são permitidos com base do fortalecimento escolar, que para sua relevância dependem da discussão no espaço institucional.

O fortalecimento de uma prática de produção e promoção da saúde, a adoção de um novo modelo de atenção à saúde e a consideração do espaço escolar como ambiente potencial para a produção de práticas de saúde são visados pela intersectorialidade entre a escola e o serviço de saúde.

São muitos repercutidos nesses campos as ações setoriais e, assim sendo, a atualização e a renovação, de forma permanente, são significados da educação e da saúde, com vistas à integralidade e, tem como condição indispensável as ações integradas. A interlocução entre diferentes saberes e a constituição de espaços de troca e construção coletiva são fundamentos para a implantação de um modelo de atenção que tenha o escolar (e, por sua vez, todos os agentes a ele relacionados) na centralidade dos interesses.

A alimentação saudável precisa ser entendida enquanto um direito humano que compreende um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos de acordo com as fases do curso da vida, assim como já discutimos. Além disso, precisa ser baseado em práticas alimentares que assumam os significados socioculturais dos alimentos como fundamento básico conceitual, ou seja, que respeitem a cultura alimentar da comunidade ou da região.

Um amplo conjunto de ações que alcancem as pessoas desde o início da formação do hábito alimentar, isto é, desde a primeira infância, favorecendo o deslocamento do consumo de

alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, resgatando hábitos e incentivando padrões alimentares mais saudáveis entre grupos populacionais com o hábito alimentar já estabelecido, com respeito à identidade cultural e alimentar das populações ou comunidades (BRASIL, 2006a) devem ser previstos, de modo geral, baseados na promoção de uma alimentação saudável. Uma alimentação saudável também precisa considerar os aspectos relacionados à segurança e à inocuidade sanitária dos alimentos como requisitos essenciais.

2.5 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESCOLA

O resgate de hábitos alimentares regionais, culturalmente referenciados e de alto valor nutritivo, e de padrões alimentares variados, que tenham início desde a introdução da alimentação complementar, a partir dos 6 meses de vida, até a idade adulta e velhice são priorizados, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006a), pela alimentação saudável.

Para a redução de prevalência de todos os tipos de doenças relacionadas à alimentação, tais como obesidade, diabetes, doenças cardíacas e câncer e também deficiências nutricionais e doenças infecciosas são contribuídos pela alimentação saudável por todo o curso da vida. (SCRIMSHAW et al, 1968; TOMKINS, 1999; SCRIMSHAW, 2000 apud PINHEIRO; RECINE; CARVALHO, 2006).

Uma alimentação saudável precisa contemplar alguns atributos básicos:

- **Acessibilidade física e financeira:** significa que alimentos in natura e produzidos localmente são baseados em uma alimentação saudável que está disponível e não é cara.
- **Sabor:** a promoção da alimentação saudável são atribuídos pelo resgate do sabor.
- **Variedade:** a monotonia alimentar são evitados por vários tipos de alimentos que

fornecem diferentes nutrientes, atendendo as demanda fisiológicas.

- Cor: uma alimentação saudável é representada por grupos de alimentos de diferentes colorações que, além de rica em vitaminas e minerais, torna a refeição bastante atrativa.
- Harmonia: equilíbrio em quantidade e qualidade, uma alimentação se torna saudável, dependendo do grau de atividade física, fatores extrínsecos e intrínsecos e da face do curso da vida
- Estabilidade alimentar: Uma alimentação livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos, é uma alimentação saudável.

Por isso, medidas preventivas e de controle, incluindo as boas práticas de higiene, devem ser adotadas em toda a cadeia de alimentos, desde sua origem até o preparo para o consumo em casa.

Em toda a cadeia de alimentos, devem ser adotadas medidas preventivas e de controle, incluindo as boas práticas de higiene desde sua origem até o preparo para o consumo em casa.

Assim, Conformando uma ação transversal, a promoção da alimentação saudável incorporada a todas e quaisquer outras ações, programas e projetos.

Uma abordagem dessa natureza não significa que os conteúdos de saúde devam ser tratados igualmente;

Não significa que os conteúdos de saúde devam ser tratados igualmente numa abordagem

dessa natureza; ao oposto, para corresponder às reais necessidades de cada região ou mesmo de cada escola, exigem apropriações

Ainda, para acolher aos problemas de saúde, sociais, ambientais ou culturais identificados como prioritários em cada realidade é importante a nomeação de temas locais para integrar o componente “temas transversais”.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. *Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar*. Rev. Nutr., v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.

BANDEIRA, Louinete. COUTINHO, Janine. CORTES, Mariana. GENTIL, Patrícia. ROCHA, Daniella. *Caderno teórico- Educação alimentar e nutricional: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços sócio assistenciais*; Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, 2006. 40p

CERVATO, A.N.; DERNTL, A.M.; LATORRE, M.R.D.O.; MARUCCI, M.F.N. *Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade*. RevNutr, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.

GENTIL, Patrícia Chaves. PINHEIRO, Mariana Carvalho. *Manual operacional para profissionais de saúde e educação promoção de alimentos saudáveis nas escolas. 1.ed.* Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 153p

<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-acoes-educativas>
Acesso em 03/03/2017.

Capítulo 17: PRINCIPAIS PROGRAMAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EXECUTADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Michele Cristina dos Santos Moreira*
Nattália Sousa e Costa de Medeiros*
Vanessa Freire Dos Santos*
Rosângela Barbosa*

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) prevê práticas individuais e coletivas referente à melhoria e proteção da saúde, prevenir danos, diagnóstico, intervenção e a restauração – tornando essencial para o sistema de saúde, necessitando resolver 80% dos obstáculos com relação à saúde da população. Ela está focada na família e na cooperação da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

A APS é apontada como uma combinação assistencial de suma importância nos países que desejam um sistema com atenção de saúde habilitado. Estudos elaborados por Starfield (2002) mostram que várias são os destaques das impressões positivas da Atenção Primária à Saúde, ao se relacionar sua ação em distintos países.

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é uma fundamental tática, recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil, para redirecionar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. (BRASIL, 1997). Ela tenta melhorar e ajeitar os serviços e explicar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, precaução de doenças e reabilitação, enfim, da melhoria da qualidade de vida da população, formulando uma proposta com dimensões técnicas, política e administrativa moderna. Ela imagina o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que mora na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

A VIGILÂNCIA À SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF tem como finalidade a avaliação permanente da situação de saúde da população e a sistematização e realização de suas práticas, compatível aos problemas existentes. É formada pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar filiada nos entendimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (GASTÃO e GUERRERO, 2010). Além disso, assegurar suas ações, é preciso montar uma equipe multiprofissional com a cooperação de enfermeiro generalista, do médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (TEIXEIRA e COSTA, 2003; BRASIL, 2006). Entre suas metas incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, nomeando a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a interferência sobre os fatores de risco a que esta população está evidenciada, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e ajudando para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 1997c).

COMO FUNCIONA AS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

O desempenho das Unidades de Saúde da Família (USF) se dá pela ação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se encarregar pela atenção à saúde da população, relacionada a um certo território. Cada equipe é incumbido por uma área onde moram entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes. Essas equipes devem fazer o cadastramento das famílias por meio de visitas em suas residências, em sua área de abrangência. As referências desse cadastro, com outras fontes de informação, levam ao entendimento da realidade daquela população, suas essenciais dificuldades de saúde e seu modo de vida.

PRINCIPAIS PROGRAMAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SEREM EXECUTADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:

- Cuidado nutricional com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno;
- Imunização – promoção de esquema vacinal básico e busca ativa de faltosos;
- Assistência às doenças prevalentes entre elas as diarreicas em crianças menores de 5 anos;
- Assistência e prevenção das patologias bucais com foco no desenvolvimento neurolinguístico e no processo de socialização da criança.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER:

- Pré-natal – diagnóstico de gravidez, cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta. Vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde;
- Planejamento familiar com fornecimento de medicamentos e orientação quanto a métodos anticoncepcionais;
- Prevenção de câncer de colo de útero;
- Prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais.

CONTROLE DE HIPERTENÇÃO E DIABETES:

- Diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores;
- Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose;
- Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente;
- Diagnóstico precoce de complicações;
- Ação educativa para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais.

CONTROLE DE TUBERCULOSE:

- Busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios;
 - Diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprofilaxia quando necessário;
 - Notificação e investigação dos casos;
 - Tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos;
- Fornecimento de medicamentos;
- Ações educativas.

ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE:

- Busca ativa de casos e identificação dos sintomáticos dermatológicos e de seus comunicantes;
- Notificação e investigação dos casos;
- Diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos e classificação clínica dos casos multi e palcibacilares;
- Tratamento supervisionado dos casos com avaliação dermato-neurológica e fornecimento de medicamento;
- Controle de incapacidades físicas;
- Atividades educativas.

AÇÕES DE SAÚDE BUCAL:

- Cadastramento de usuários, planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do ESF;
- Alimentação e análise dos sistemas de informação específicos;
- Participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994 o ministério da saúde criou o PSF (Programa Saúde da Família) que na atualidade é chamado de Estratégia Saúde da Família ESF, que possui a finalidade de reorganizar a prática da atenção à saúde e trocar o modelo tradicional, dirigindo a saúde para mais próximo das famílias com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Possuindo a família como o centro de atenção e não apenas o indivíduo doente, incluindo a nova visão de intervenção em saúde que, não espera a população chegar para ser atendida, agindo preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

O PSF privilegia ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma contínua e integral. Os atendimentos acontecem na unidade básica de saúde ou nos domicílios por profissionais que constituem as equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem).

PRINCÍPIOS BÁSICOS

A Estratégia Saúde da Família abrange e ratifica os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: Universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e está formada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família que funciona com os seguintes princípios:

- Integralidade e Hierarquização: a unidade saúde da família está introduzida no primeiro nível de ações e serviços do grupo local de assistência, nomeado atenção básica. Deve se garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, os serviços de referência e contra – referência devem ser assegurados sempre que o estado da pessoa exigir.
- Territorialização e Cadastramento da Clientela: a unidade saúde da família opera com território de abrangência estabelecido e é incumbido pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta localidade. É recomendado que cada equipe seja responsável por no máximo 4.500 pessoas.
- Equipe Multiprofissional: cada equipe da ESF é constituída, no mínimo, por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde ACS. Demais profissionais poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio- a exemplo de assistentes sociais, dentistas e psicólogos.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

O sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-SIPACS, pela coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência a Saúde.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserida no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes.

Através dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Programa Saúde da Família tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica / SAS.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com intuito de apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil.

Tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoamento a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

CONCLUSÃO

A tática criada dentro do próprio SUS foi elaborada para cada população fosse atendida de acordo com suas especificidades, analisando os indivíduos para que seja ofertado os melhores serviços em saúde. Essa estratégia cumpre o seu papel através do cadastramento de pessoas que habitam em um determinado local, de modo a conhecer as suas necessidades, características sociais, limites espaciais e os riscos daquela comunidade.

As equipes são compostas por profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde, sendo que esses grupos estão implantados em unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, *SIAB*. Acesso em: 27 fev. 2017. Disponível em <<http://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, *SIAB*. Acesso em: 27 fev. 2017. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>.

BRASIL. Ministério da saúde. *Caderno de Atenção Básica Núcleo de apoio nº39*. Acesso em: 27 fev. 2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadern_o_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Política Nacional de Atenção Básica*. Acesso em: 27 fev. 2017. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 Dezembro de 2012*. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde. Acesso em: 27/fev.2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.htm>

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34. Acesso em: 28 fev. 2017. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Programa Saúde da Família. Acesso em 01 mar. 2017. Disponível em <<https://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

Santana M.L. Carmagnani M.I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001.

Capítulo 18: SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICA DE NUTRIÇÃO ALIMENTAR NA SAÚDE

Ana Tallyta Martins Alves*
Loiane Pereira dos Santos*
Josiane Pinheiro dos Santos*
Lilian Feitosa dos Santos*

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

A estratégia do PSF teve início em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde. Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, ou seja, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, fazendo a atuação dos agentes comunitários mais ampla (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS);

* Bacharel em Enfermagem pela Unip – Universidade Paulista.

A EQUIPE PSF É COMPOSTA

- 1- médico: Atende a todos os membros de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os integrantes da equipe, ações preventivas que promovam a qualidade de vida da população. ●
 - 1- enfermeiro: Supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, na unidade de saúde realiza consultas, como também proporciona atenção domiciliar para pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem.
 - 1- Auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem: Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
 - Agentes comunitários de Saúde - (cobre 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família): Faz a conexão entre as famílias e o serviço de saúde, objetivando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade.
- Essa equipe pode ser incorporação de profissionais de Odontologia:
- 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal.
 - A decisão de incluir ou não outros profissionais às equipes cabe ao gestor municipal. Objetivos do PSF

- O PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma contínua e integral.
- Promover, restaurar e manter o conforto na saúde das pessoas num nível máximo, incluindo também cuidados para uma morte digna.
- Prestar serviços de assistência domiciliar e classificá-los nas categorias: - Preventivos. - Terapêuticos; - Reabilitadores; - Acompanhamento por longo tempo; - Cuidados paliativos. Para implementação de um programa de saúde para a família torna-se necessário conhecer o modo de vida da família, a comunidade em que vive, cultura, crenças; padrões de comportamento, (visita domiciliar).

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PSF

Mapear a realidade das famílias a qual é responsável, fazendo cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; Deve-se identificar os problemas principais da saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está inserido; Elaborar com a participação da comunidade, um plano local de enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; Desenvolver ações intersetoriais e educativas para enfrentamento dos problemas de saúde identificados. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. A Visita Domiciliar é um instrumento indicado à prestação de assistência à saúde do indivíduo, família e comunidade que deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados com eficiência. A Visita Domiciliar oferece inovadores resultados, possibilita fazer o reconhecimento da realidade do cliente e sua família in loco, contribuindo para a redução de gastos hospitalares, fortalecendo os vínculos cliente – terapêutica – profissional. Também deve ser considerada no contexto de educação em saúde

pois contribui para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promove a qualidade de vida oferecida pela prevenção de doenças e promoção da saúde.

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR

1. Levantamento das necessidades: nesta fase, se identifica as necessidades sentidas pela família.
2. Planejamento: Durante o planejamento, leva-se em consideração a seleção de vistas, coleta de dados, plano de visita e preparo do material.
3. Execução: Se priorizam algumas regras: atendimento, na medida do possível, uso de uma linguagem simples para fácil entendimento, para de que as famílias falem abertamente dos problemas que as cercam no seu viver diário, prestando assistência de enfermagem; observando o meio ambiente e as reações das pessoas frente aos problemas, mantendo contato discreto. Por fim, realiza-se de maneira clara e mundial, uma avaliação de como se deu a visita, anotando suas vantagens e limitações.
4. Registro dos dados: Descreve-se aqui as observações de enfermagem verificadas durante a visita, de maneira legível, sucinta e objetiva, no prontuário para que possamos dar, posteriormente, continuidade ao atendimento.
5. Avaliação: Nesta fase avalia-se o plano de visitas, as observações e as ações educativas e curativas, também os pontos positivos e negativos, se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se a família progrediu na resolução dos problemas.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As redes de atenção a saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio, buscam garantir a integralidade do cuidado com clientes. A implementação das RAS aponta para maior eficácia na qualidade da saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribuiu para o avanço do processo de efetivação do SUS. Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado.

A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas. Para seu funcionamento, na Unidade Básica de Saúde (UBS), deve estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e ser construída segundo normas sanitárias e de infraestrutura definidas pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devendo possuir: consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação,

administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos .

A unidade básica de saúde devera ter acesso com facilidade , construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela continuidade do cuidado dos usuários, foram determinantes decisivos para a determinação do número de habitantes da área adstrita; assim, cada UBS localizada em grandes centros urbanos e que não adota a ESF deve acolher no máximo 18 mil habitantes .

Àquelas com ESF recomenda-se, no máximo, 12 mil habitantes, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade . Cada equipe deve ser constituída por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

Estes devem estar vinculados a uma equipe de saúde da família, mantendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF. Cada um desses profissionais, exceção feita ao médico, deve cadastrar-se em apenas uma equipe, com carga horária de 40 horas semanais, sendo 32 horas dedicadas a atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

São atribuições dos profissionais da estratégia participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atualização da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos as doenças. Manter atualizado cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar de forma adequada os dados do cliente. Realizar o cuidado da saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais lugares da comunidade como escolas, associações entre

outros. Garantir a atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.

Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sócias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde e doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Realizar reuniões de equipes afim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis. Realizar ações de educação e saúde, participar das atividades de educação permanente, promover a mobilização e a comunidade, buscando efetivar o controle.

Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado.

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma

autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social.

PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A par das atividades comuns a todos os profissionais envolvidos na ESF, cada um deles tem função específica, que. Tal função não se basta em si mesma, e um aprofundamento é necessário para que cada um se reconheça e reconheça também a atividade do outro e não se perca de vista o trabalho compartilhado. Ao enfermeiro cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços.

Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde. O médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário.

Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar

atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário.

Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho.

Realiza visitas domiciliares na área adstrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico.

A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros

sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS.

Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior.

A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe”.

O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente .

O cirurgião-dentista é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe

atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva.

Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos .

É responsável ainda pela supervisão técnica do Técnico (TSB) e do Auxiliar (ASB) em Saúde Bucal e por participar com os demais profissionais da Unidade de Saúde do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS . Ao técnico em saúde bucal (TSB) cabe, sob a supervisão do cirurgião dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos.

É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal. O auxiliar em saúde bucal (ASB) realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB.

DIFERENTES ARRANJOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em um país tão diverso quanto o nosso, diferentes realidades compõem o cenário da Atenção Básica, entre elas as equipes de consultório de rua, a população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense e a fluvial. Inicialmente a população em situação de rua, que à semelhança dos demais cidadãos, deve receber atenção e cuidado por parte de todos os profissionais do SUS.

Entretanto, com o objetivo de maior acesso e oferta de cuidado integral, foram criadas, vinculadas à Atenção Básica, as equipes dos consultórios na rua. Estas desenvolvem ações na rua, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas UBS do território, devendo cumprir carga horária semanal de 30 horas, sendo que o atendimento pode ocorrer no período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

A complexidade do cuidado exige articulação dessas equipes com outras do território, como a Unidade Básica de Saúde, o núcleo de apoio à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial à Rede de Urgência e outras instituições ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Naqueles municípios ou áreas, sem consultórios de rua, o cuidado integral das pessoas nessa situação deve ser de responsabilidade das

equipes da UBS e dos NASF do território onde elas estão concentradas.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

As conjunturas de saúde e adoecimento nesse nosso país continental são heterogêneas e, assim, a par das doenças definidas pelo perfil epidemiológico da população e outras que, frente à globalização, emergem e reemergem fazendo com que os habitantes apresentem uma pluralidade de agravos à saúde, surgem os problemas de violência, de saúde mental, pobreza, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, acidentes externos, entre outros.

Essa prática tão complexa necessita de um olhar multifacetado, em que diferentes profissionais possam apoiar a implantação da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção. Dentro desse propósito foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família, com as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, sendo o intuito deste último a implantação de polos para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

É importante lembrar que o NASF, apesar de estar conectado à Atenção Básica, não se constitui em porta de entrada do sistema para os usuários, e sua atribuição é oferecer apoio ao trabalho das

Equipes de Saúde da Família. Ele, à equivalência desta, leva em conta a territorialização, a educação permanente em saúde, a participação social, a promoção da saúde e a integralidade – esta última, a principal diretriz do SUS a ser praticada por esse núcleo.

A integralidade se concretiza principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde – tanto clínicos quanto sanitários –, por meio da responsabilização partilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e de populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e agindo no fortalecimento do seu papel de administração do cuidado nas redes de Atenção à Saúde. Inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e espoco que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com a ESF no território.

É importante ponderar que cada ação ou todas elas, analisadas no conjunto da obra, presume ações a serem desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família e a comunidade, com vista à vigilância à saúde.

Um dos desafios que se colocam para os profissionais do NASF e da ESF é o trabalho em equipe, uma vez que a maior parte dos

profissionais de saúde não possui conhecimentos básicos que valorize esse tipo de atividade.

Esse trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de privacidade, tendo em vista que, nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados, e as críticas devem ser feitas e recebidas de forma pertinente, em um aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva .

A organização do NASF O NASF está organizado em duas categorias: NASF 1 e NASF 2, e a estrutura de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais, a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os profissionais que compõem o NASF 1 e 2, segundo o Código Brasileiro de Ocupações – CBO, são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física;Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com conhecimento em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

É importante analisar que não há diferença entre o NASF 1 e 2 quanto aos profissionais que os compõem, protelando apenas na carga horária semanal e no número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. Esses núcleos devem funcionar em horário de trabalho conformam com o das referidas equipes que apoiam, além de estar ligados aos polos do Programa Academia da Saúde de seu território de abrangência. Ferramentas utilizadas pelo NASF em sua organização

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de alguns materiais já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST). A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS

- Apoio Matricial: a expressão “apoio” desenvolve-se como central na proposta do NASF e encaminha à clareza de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial” (NASF), que se conclui com o processo de trabalho em “equipes de referência” (equipe SF), que buscam alterar o modelo dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, caracterizados como tecnologia dura e levedura, o que se pretende é compor a responsabilidade de pessoas para pessoas, particularidades pelas

tecnologias leves. Dessa forma, o apoio matricial engloba tanto a dimensão levedura, caracterizada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, quanto da tecnologia leve, caracterizada pela ação técnico-pedagógica, que produz apoio educativo com e para a equipe. • Clínica Ampliada: o fundamento de Clínica Ampliada conduz a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários.

Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informe, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. O debate em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo.

A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. • Projeto Terapêutico Singular (PTS): é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas associadas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.

É uma variação da discussão de “caso clínico”. Representa um momento em que toda a equipe partilha opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a

definição de propostas de ações. • Projeto de Saúde no Território (PST): pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para aprimorar ações efetivas na produção da saúde em um território, vinculando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades.

Deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, como uma idosa com “marcas de queda” e que pode ser vítima de violência.

Deve ainda ter foco na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, nos quais sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem.

É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações associadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

Até esse momento de nossa apresentação, debatemos a saúde como fulcro da atenção

integral, entretanto vários são os preceitos a serem explorados para que as pessoas possam alcançar o pleno bem-estar biopsicossocial. Com esse olhar, os Ministérios da Saúde e da Educação conceberam o Programa Saúde na Escola, que apresentaremos brevemente a seguir.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Tem por objetivo a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da Atenção Básica e educação de forma integrada. Tem entre suas atribuições a avaliação clínica e psicossocial, a promoção e a prevenção, visando à promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável, da cultura de paz e prevenção das violências, da alimentação saudável e de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Dessa forma, está lançado mais um desafio que nos incentiva a um trabalho intersetorial, nem sempre fácil de ser realizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília DF, 1997. COSTA, E. M. A.;

CARBONE, M. H. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. Ed. Rio de Janeiro : Editora Rubio 2009.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio____ A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Panamericana. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – Promed 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), 8 de junho de 2008.

Capítulo 19: POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL: UM OLHAR DA DÉCADA DE 30 ATÉ O MODELO ATUAL DO PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA

Renata Costa Fortes¹³
Adriana Haack¹⁴

PERSPECTIVA HISTÓRICA NO BRASIL

A alimentação é um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito inerente a todas as pessoas. A promoção e a garantia de uma

¹³ Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto - Minas Gerais (UFOP/MG). É Especialista em Nutrição Clínica pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Especialista em Clínica e Terapêutica Nutricional pelo Instituto de Pesquisa Capacitação e Especialização (IPCE), Especialista em Nutrição Clínica, Enteral e Parenteral pelo GANEP e Especialista em Nutrição Clínica pela ASBRAN. Possui título de Mestre em Nutrição Humana pelo Curso de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB/DF). É Doutora em Nutrição Humana pela UnB/DF.

¹⁴ Possui Bacharelado em Nutrição pela Universidade de Brasília, Licenciatura Plena em Nutrição e Biologia pela Universidade Católica de Brasília, Especialização em Saúde Coletiva, Especialização em Nutrição Clínica Enteral e Parenteral, com Metodologia Teórica e Prática pelo GANEP e Especialização em Nutrição Clínica pela ASBRAN. Especializanda em Nutrição na Terceira Idade. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília e Mestrado em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília.

alimentação adequada e saudável têm mobilizado, historicamente, esforços de diferentes setores do governo brasileiro, bem como de entidades e movimentos da sociedade civil, mas que nem sempre apresentaram os mesmos objetivos ou foram complementares¹⁻³.

Diante deste contexto, os programas de distribuição de alimentos, por exemplo, estiveram por vezes desconectados de estratégias estruturantes de melhoria das condições socioeconômicas da população, para que esta obtivesse os meios necessários para acessar os alimentos de forma autônoma e independente¹⁻³.

No século XXI, observa-se a complexa causalidade dos problemas nutricionais e a estreita relação com os fatores políticos, socioeconômicos e ambientais que exigem avanços para além da abordagem clássica. Destacam-se, nesse sentido, o direito humano à alimentação adequada e o planejamento de políticas públicas para a promoção da alimentação saudável que considerem a justiça social e o fomento a sistemas alimentares sustentáveis que solucionem os problemas de alimentação e nutrição da população⁴.

Em uma perspectiva histórica, a necessidade de abordagem intersetorial para o enfrentamento dos problemas nutricionais é reconhecida de forma pioneira por Josué de Castro, na década de 30, que afirmava que a fome e a má nutrição não são fenômenos naturais, mas, sim, fenômenos sociais⁵. Desde então, a trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil se configura

conforme as conjunturas econômicas, políticas e sociais do país, no momento histórico em que as ações e os programas são implantados⁶.

As políticas sociais, em sentido estrito, foram iniciadas no Brasil durante o governo de Getúlio Vargas, na década de quarenta. Nessa ocasião, o enfrentamento da fome, enquanto um problema social e uma política pública, propunha congregar as ações de introdução de novos alimentos e o desenvolvimento de práticas educativas tradicionais. Nessa estratégia governamental, a desinformação das classes populares, o mito da ignorância, passa a ser considerado o fator determinante da fome e da desnutrição na população⁷.

Com o objetivo principal de reduzir a deficiência nutricional de estudantes carentes do Brasil, em 1954, e com a criação da Comissão Nacional de Alimentação (CNA) surgiu o Programa Nacional da Merenda Escolar, vigente até hoje. A partir daí e, somente em meados de 1970, o binômio alimentação-educação começa a ceder espaço para o binômio alimentação-renda, como causa da fome e da desnutrição^{7,8}.

A criação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), na década de 70, estruturado na forma de parceria entre o governo e outros segmentos da sociedade com o objetivo de atender às necessidades básicas de alimentação e saúde dos trabalhadores foi um fato histórico marcante no desenvolvimento das políticas públicas na área de alimentação e nutrição. O Ministério da Saúde, em

1980, deu continuidade por meio do Instituto de Alimentação e Nutrição – INAN a diversas ações⁹⁻¹¹ (Quadro 1).

Quadro 1- Ações promovidas no Brasil em alimentação e nutrição nas décadas de 80 e 90

Programas de Prevenção e Combate a Carências Nutricionais Específicas (PCCNE)
Programa de Suplementação Alimentar (PSA)
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)
Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC)
Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

Fonte: Adaptado de Lemos & Moreira¹⁰.

Em 1990, a criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) teve como objetivo a produção de informações que permitissem a detecção, a descrição e a análise dos problemas alimentares e nutricionais, de modo a identificar o caráter dispersivo da distribuição geográfica e os grupos sociais de risco, bem como as tendências em curto e longo prazos, com vistas a subsidiar políticas e medidas de prevenção e correção dos problemas alimentares e nutricionais^{10,11}.

Em 1993, lançou-se a “Ação de Cidadania contra a Miséria, a Fome e pela Vida”, com protagonismo do sociólogo Betinho. O governo

Itamar Franco definiu o combate à fome e à miséria como prioridades de governo, instituindo o primeiro Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Também em 1993, foi elaborado o Mapa da Fome pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, em 1994, realizou-se a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar^{10,12}.

Em 1995, o Programa Comunidade Solidária considerou a pobreza como um problema a ser resolvido com ações em médio e longo prazos, combinadas com ações emergenciais para o atendimento das populações atingidas pela privação^{10,13,14}.

Em 1997, o INAN foi extinto, porém, no ano seguinte, o SISVAN foi adotado como um dos pré-requisitos para a adesão ao Programa de “Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais” – ICCN. O início da década de 90 é marcado pela quase extinção dos programas de alimentação e nutrição no país, já que o governo Collor manteve somente o Programa Nacional de Alimentação Escolar, ainda que extremamente enfraquecido, e a distribuição de cestas de alimentos, por meio da utilização de estoques públicos de alimentos em risco de deterioração^{10,13,14}.

Em janeiro de 1999, o governo federal reorganizou a sua estratégia de atendimento a grupos socialmente vulneráveis, com a extinção do programa Comunidade Solidária. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada em junho de 1999 e é uma declaração do

compromisso do Ministério da Saúde com a erradicação dos males relacionados à falta de alimentos e à pobreza, principalmente a desnutrição infantil e materna, e também o sobrepeso e a obesidade na população adulta^{10,13}.

A partir de 2000, o governo adota programas de transferência direta de renda como estratégia para assistir à população carente. Fundamentada na experiência do Programa Bolsa Escola, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição propõe o Programa Bolsa Alimentação para atendimento de crianças menores de seis anos, gestantes e nutrizes de baixa renda. É nesse contexto, a partir do início de 2001 que o tema ganha espaço na agenda nacional, a partir de uma proposta de política de Segurança Alimentar e Nutricional, denominado Projeto Fome Zero¹⁴.

O Programa Fome Zero recuperaria a agenda de combate à fome e à miséria por meio de uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. É uma estratégia de combate à pobreza e nele está inserido o Programa Bolsa Família que veio para unificar os Programas de Transferência de Renda do país^{10,15,16}.

No Brasil, a agenda das políticas públicas de proteção social tem incorporado o debate sobre os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) que se destinam às famílias pobres que, em geral, enfrentam situações de múltiplas vulnerabilidades, também do ponto de vista da segurança alimentar e nutricional. Quando comparados a outros tipos de programas, o PTCR

apresenta vantagens, como o fortalecimento da economia local, os baixos custos operacionais, a autonomia dos usuários no uso dos recursos, além do impacto na demanda por serviços de saúde e educação¹⁷.

Os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) disseminaram-se na América Latina ligados aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. São diversas as situações de insegurança alimentar e nutricional vivenciadas por famílias de baixa renda, cabendo pensar de que forma a TCR pode impactar este quadro^{10,18}.

O Programa Bolsa Família (PBF) é herdeiro dos Programas de Transferência de Renda e está presente nos 5.563 municípios do Brasil e no Distrito Federal, podendo ser considerado como um dos maiores programas lançados até hoje no país em termos de alcance social do número de famílias pobres atendidas^{10,19}. O Bolsa Família garantiu a maior sustentação social e foi criado a partir da unificação dos programas federais Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás, articulando, por exemplo, ações de acompanhamento da frequência escolar de crianças e adolescentes, calendário vacinal e pré-natal e não apenas transferência de renda aos mais pobres^{10,20-22}.

Além disso, a unificação de ações contribuiu para diminuir a possibilidade de práticas clientelistas de acesso aos recursos, tornando a ação pública menos dependente da “benevolência

oportunista” de gestores e lideranças políticas e passando a ser pautada por critérios objetivos estabelecidos nacionalmente. Entretanto, a engenharia institucional da política por si só, por mais bem desenhada que possa ser, não é condição suficiente para acabar de vez com tais práticas indesejadas, sobretudo em um país tão grande e com uma estrutura federativa tão complexa como o Brasil. Por isso, o controle social deve ser fortalecido e os mecanismos de punição serem realmente efetivos para que a estratégia de ação política seja cada vez mais legitimada socialmente²³.

Importante salientar também que todos esses avanços alcançados pelo governo brasileiro tiveram forte repercussão e reconhecimento internacional. O Brasil passou a ocupar posição de destaque no Comitê de Segurança Alimentar Mundial da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO. O país teve ainda uma participação destacada no Encontro de Líderes para a Ação contra a Fome e a Pobreza, ocorrido em Nova York em 2004, com a presença de mais de cinquenta governantes mundiais, e suas resoluções finais contaram com o apoio de mais de cem países. No mesmo ano, o Brasil aderiu, com 187 países, às Diretrizes Voluntárias para Direito à Alimentação, que consistem em proporcionar uma orientação prática às nações, no que se refere aos seus esforços para conseguir a realização progressiva do direito humano a uma alimentação

adequada, fato que culminou na promulgação da Emenda Constitucional nº 64^{23,24}.

Como resultado dessa repercussão internacional, é possível citar alguns programas que foram inspirados nos moldes do modelo brasileiro em outros países: o *Programa Desnutrición Cero* implementado no marco da cooperação técnica bilateral Brasil-Bolívia; o *Programa Hambre Cero* implementado na Nicarágua com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO; o Programa Mana – Plano de Segurança Alimentar e Nutricional de Antioquia, na Colômbia; ainda na Colômbia o Programa Bogotá *sin Hambre*; o Programa *Purchase for Progress* implementado em vários países pelo Programa Mundial de Alimentos (PMA), entre outros^{23,24}.

A trajetória dos PTCR nos últimos anos é ascendente, tanto em relação à cobertura populacional alcançada e investimento dos governos, quanto do seu impacto sobre a redução da desigualdade de renda. Todavia, no Brasil não são tradicionais estudos que avaliem ou monitorem o impacto de políticas públicas, portanto, ainda são poucas as evidências sobre o alcance dessas metas²⁵. O Programa Bolsa Família ainda enfrenta desafios na inclusão de indígenas e moradores de rua e na implementação de ações de educação alimentar junto às famílias atendidas. O tempo de permanência no Programa não é estipulado, mas a legislação do programa é muito clara quanto aos motivos de desligamento das famílias, sendo um

deles justamente o descumprimento das
condicionalidades^{10,26,27}.

EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO BRASIL

Goulart, França Júnior e Sousa²⁸ realizaram um ensaio institucional não controlado com uma amostra de 570 crianças inscritas no Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais no Município de Mogi das Cruzes, no Estado de São Paulo. O objetivo do estudo foi identificar os fatores associados à recuperação nutricional de crianças inscritas nesse programa e acompanhadas entre julho de 1999 e julho de 2001. Avaliou-se o estado nutricional por meio do índice altura/idade, considerando-se eutróficas as crianças com escore $z \geq -1$; de risco as que apresentaram $z \geq -2$ e < -1 ; desnutridas moderadas aquelas com $z < -2$ e > -3 ; e desnutridas graves as que apresentavam $z \leq -3$. Observou-se melhora do estado nutricional dessas crianças, sendo que a recuperação foi mais evidente naquelas que possuíam maiores déficits nutricionais no início do seguimento clínico. Esses resultados enfatizam que os programas de suplementação alimentar possuem um imprescindível papel na recuperação nutricional de crianças desnutridas.

Augusto e Souza²⁹ conduziram um estudo de coorte numa amostra de 25.433 crianças de baixa renda, entre seis meses e dois anos de idade, no intuito de avaliar a efetividade do programa de distribuição de leite fortificado (Projeto Vivaleite), no Estado de São Paulo, entre os anos de 2003 e 2008. As crianças foram separadas em três grupos

de escore z: Grupo 1: sem comprometimento de peso ($z > -1$); Grupo 2: risco de baixo peso ($-2 \leq z < -1$) e Grupo 3: baixo peso ($z < -2$). Os autores observaram que o programa exerce efeito positivo no ganho de peso das crianças menores de dois anos, sendo mais efetivo naquelas com condições ponderais menos favoráveis. Esses resultados podem ser explicados tendo em vista que as crianças assistidas pelo programa apresentaram maiores médias de escore z de peso/idade quando comparadas às crianças ingressantes; ou seja, àquelas não expostas ao programa, sendo esse efeito proporcional ao déficit nutricional ao ingressar.

Em um estudo de caso realizado numa indústria situada em Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar os benefícios relacionados à adoção do Programa de Alimentação do Trabalhador por meio de técnicas de entrevista estruturada e análise documental, Silva et al³⁰ constataram que os incentivos fiscais governamentais concedidos a entidade e o melhor rendimento dos funcionários no trabalho foram considerados os principais benefícios advindos do PAT, o que pode ser evidenciado por meio de uma melhoria na qualidade de vida e nas condições de trabalho dos assistidos.

Veloso e Santana³¹, ao conduzirem um estudo de coorte retrospectiva numa amostra de trabalhadores residentes no Estado da Bahia, constataram associação positiva entre os beneficiários do PAT e o aumento ponderal, assim

como ausência de associação significativa entre participar no programa de alimentação e pré-obesidade. Observou-se, também, que o risco de aumento de peso foi significativamente maior entre os trabalhadores eutróficos, pré-obesos ou de baixo nível socioeconômico no início do seguimento. Os autores concluíram que o PAT possui impacto negativo sobre o estado nutricional dos trabalhadores de baixa renda, visto que as estratégias são restritas a recomendações energético-proteicas que necessitam de reavaliação com o objetivo de promover a saúde do trabalhador de forma efetiva.

No Distrito Federal, Sávio et al³² realizaram um estudo transversal com uma amostra de 1.044 trabalhadores participantes do PAT em 52 Unidades de Alimentação e Nutrição. O objetivo do estudo foi analisar o consumo alimentar do almoço e o estado nutricional desses trabalhadores entre os anos de 2000 e 2001. Os resultados indicaram risco nutricional na amostra estudada, sendo que 43% dos trabalhadores possuíam excesso de peso (33,7% sobrepeso e 9,3% obesidade), com maior predominância no sexo masculino (48,1%) em comparação ao sexo feminino (35,1%). Os autores também observaram uma mediana do valor energético equivalente a 515 Kcal para as mulheres e 736 Kcal para os homens. Em relação às fibras alimentares, constatou-se um consumo mediano de 6,0 g para o sexo feminino e de 8,3 g para o sexo masculino. O consumo mediano de colesterol foi

superior a 90 mg nos trabalhadores classificados com excesso de peso.

Fahel, Moraes e França³³ analisaram o impacto do Programa Bolsa Família, no Estado de Minas Gerais, em beneficiários com idade entre 6 e 17 anos, sobre a matrícula escolar por meio de um método que consiste em selecionar e comparar um grupo controle (sem recebimento do benefício) e um grupo de tratamento (com recebimento do benefício), método este denominado *Propensity Score Matching*. Os autores constataram aumento das matrículas escolares por meio do PBF, especialmente nos grupos tradicionalmente tidos como mais vulneráveis em relação às maiores taxas de reprovação e abandono, a saber: adolescentes entre 15 e 17 anos de idade, negros, residentes na área rural e pertencentes ao sexo masculino.

Um estudo observacional de coortes históricas com o intuito de avaliar a efetividade do Programa Bolsa Família na cura da tuberculose foi realizado por Torrens³⁴, no Brasil, numa amostra de 9.015 casos novos de tuberculose diagnosticados expostos (n= 7.152, 79,3%) e não expostos (n=1.863, 20,7%) ao PBF durante o tratamento dessa enfermidade. Observou-se que a cura foi predominante em 81,7% dos pacientes beneficiários do PBF no decorrer da terapêutica da tuberculose (5,4 pontos percentuais superior aos pacientes não expostos durante o tratamento da tuberculose). Os resultados evidenciam que o PBF constitui um dos maiores programas de transferência de renda

condicionada do mundo, visto que o sucesso de tratamento da tuberculose representa um grande desafio para o país.

No intuito de avaliar o impacto do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno nos indicadores de aleitamento materno no Brasil, Venancio et al³⁵ realizaram um estudo durante a campanha de vacinação, em 2008, em que foram coletados dados de 64 municípios (n= 65,936 lactentes menores de 12 meses de idade). Lactentes nascidos em Hospitais Amigos da Criança apresentaram maior percentual de aleitamento materno, sendo 9% na primeira hora de vida; 13%, 8% e 6%, com aleitamento materno exclusivo aos 2, 3 e 6 meses, respectivamente, além de menor frequência no uso de chupetas e mamadeiras em comparação aos lactentes nascidos em maternidades que não adotavam o programa.

Para avaliar o estado nutricional das crianças assistidas pelo Programa Bolsa Alimentação do Sítio São Vicente no município de Farias Brito, no Estado do Ceará, a qual atende as famílias assistidas pelo Programa de Saúde da Família, Freitas et al³⁶ realizaram um estudo transversal descritivo com a participação de 57 crianças beneficiadas pelo Bolsa Alimentação entre outubro e dezembro de 2002. Os autores constataram que 90% das famílias tinham preocupação em relação ao processo de amamentação; 12% realizavam três refeições diárias; 14% se alimentavam numa frequência de quatro vezes ao dia, 99% tinham

garantidas cinco refeições diárias e 25 % realizavam diariamente seis refeições. Em relação ao diagnóstico clínico, observou-se que 28% das crianças possuíam insuficiência respiratória aguda, 42% resfriado e 28% diarreia. Constatou-se, também, que 49% das mães e 40% dos pais eram alfabetizados, sendo que 83% das famílias recebiam menos de um salário mínimo. Ao analisar o estado nutricional, 69% das crianças foram classificadas como eutróficas, 5% possuíam sobrepeso, 19% risco nutricional e 7% baixo peso. Os autores concluíram que o Programa Bolsa Alimentação tem contribuído de forma parcial no nivelamento do padrão de consumo alimentar na comunidade, sendo imprescindível a manutenção da obrigatoriedade dos beneficiários com o propósito de determinar o monitoramento constante da saúde preventiva e do acesso aos alimentos.

Doretto & Michellon³⁷ avaliaram os impactos econômicos, sociais e culturais do Programa de Aquisição de Alimentos, no Estado do Paraná, cujo levantamento de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2005. Aplicou-se um formulário estruturado aos agricultores beneficiários e não beneficiários do programa, com entidades proponentes, com entidades que receberam as doações e com conselho gestor municipal. Os autores observaram que a maior parte dos agricultores participava de movimentos sociais; 1/3 dos beneficiários expandiram a área para atender a entrega da produção contratada; mais da metade dos domicílios recebiam transferência de renda

governamental; mais de 1/3 dos domicílios possuíam rendimento de fora do estabelecimento agropecuário; a renda média familiar dos agricultores beneficiários do programa com uso do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar - PRONAF foi de 25,2% e, nos beneficiários sem PRONAF, de 43,0%. Os autores concluíram que essas ações auxiliam na construção de políticas públicas que consideram as reais necessidades da população.

Apesar de os inúmeros benefícios dos programas governamentais, Bichir³⁸ salienta que são muitos os desafios futuros de programas como o Programa Bolsa Família, considerando-se a elevada cobertura, o peso relativo no orçamento federal, as discussões em torno dos custos de oportunidade gerados para a superação da pobreza e da desigualdade social, bem como os diferentes posicionamentos. Nesse sentido, acredita-se que o debate cada vez mais apontará para a necessidade de articulação e manutenção dos programas com outras políticas — saúde, educação, geração de emprego e renda, entre outras —, uma vez que é ingênuo depositar expectativas de reversão de problemas históricos do país em um único programa de transferência de renda.

REFERÊNCIAS

1. Anjos LA, Burlandy L. Construção do conhecimento e formulação de políticas públicas no Brasil na área de segurança alimentar. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1):19-30.
2. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(11):4331-40.
3. Vasconcelos FA. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev Nut* 2005; 18(4):439-57.
4. Cardoso MA. *Nutrição em saúde coletiva*. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
5. Castro J. *Geografia da Fome- o dilema brasileiro: pão ou aço*. 7ª Edição. Civilização Brasileira: 2007.
6. Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil. *Cien Saúde Colet* 2011;16(1): 81-90.
7. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista de Nutrição* 2005; 18(5):681-92.
8. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Ministério da Educação. *Alimentação Escolar*. Disponível em: [http:](http://)

www.fnde.gov.br/index.php/programas.

Acesso em: janeiro de 2017.

9. Arruda BKG, Arruda IK. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(3): 319-26.
10. Lemos JOM, Moreira PVL. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: um Passeio pela História. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2013; 17(4):377-86.
11. Pessanha LDR. A Experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Departamento de Ensino e Pesquisa, 2002. 67p.
12. Pinheiro ARO, Carvalho MFCC. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1):121-30.
13. Coutinho JG, Cardoso AJC, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, Nilson EAF et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009; 12(4):688-99.
14. Valente F. Contribución al Tema de la Seguridad Alimentaria en Brasil. Rio de Janeiro, ÁGORA/RIAD/ REDCAPA, 1995. 19p.
15. Costa NR. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos

- FHC e Lula. Cien Saúde Colet 2009; 14(3):693-706.
16. Zimmermann CR. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos 2006; 3(4):144-59.
 17. IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional. Relatório síntese / IBASE, Rio de Janeiro, 2008. 21p.
 18. Nascimento AF, Reis CN. Os Programas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina: especificidades de uma realidade que se mantém. Revista de Políticas Públicas 2009; 3(2):183-93.
 19. Brasil. Ministério da Saúde e Desenvolvimento (MDS). Bolsa Família. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em/ Access in: 11 de janeiro de 2017.
 20. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Cien Saúde Colet 2009; 14(3):861-8.
 21. IPEA. Políticas sociais – acompanhamento e análise, v. 1. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2013. 580p.
 22. Soares S, Medeiros M, Britto T. Programas de Transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade. Brasília: IPEA, Texto para

- discussão, n. 1.293, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.
23. Silva SP. A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, descontinuidades e consolidação. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2014.
24. Cunha BL. A projeção internacional da estratégia Fome Zero. In: BRASIL. Fome Zero: uma história brasileira. Brasília: MDS, 2010.
25. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. Cienc Saúde Colet 2007; 12(6): 1441-52.
26. Maluf RS. Segurança Alimentar e Fome no Brasil -10 Anos da Cúpula Mundial de Alimentação. CERESAN – Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional. Relatórios Técnicos 2, 2006. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/Alimentacao/TConferencias.html>. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.
27. Monnerat GL, Senna MCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Cienc. Saúde Colet 2007; 12(6):1453-62.

28. Goulart RMM, França Júnior I, Souza MFM. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. Rev. bras. epidemiol. 2009; 12(2): 180-94.
29. Augusto RA, Souza JMP. Efetividade de programa de suplementação alimentar no ganho ponderal de crianças. Rev Saúde Pública 2010;44(5):793-802.
30. Silva CP, Lorenzetti DB, Godoy TP, Godoy LP. Benefícios da implantação do programa de alimentação do trabalhador em uma empresa industrial. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2011/Trabalhos/980.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.
31. Veloso IS, Santana VS. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(1): 24-31.
32. Savio KEO, Costa THM, Miazaki É, Schmitz BAS. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. Rev. Saúde Pública 2005; 39(2): 148-155.
33. Fahel MCX, Morais T, França BC. O Impacto do Bolsa Família na Inclusão Educacional: análise da matrícula escolar em Minas Gerais. Code 2011: Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area3/area3-artigo21.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.

34. Torrens AW. Efetividade do Programa Bolsa Família na cura da tuberculose. 2015. X, 45 f., il. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18702>. Acesso em: 25 mai. 2017.
35. Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(10):914- 8.
36. Freitas ACS, Avila MM, Sousa MFP, Amorim PDM, Santos KML. Nutrição e desnutrição desafios para o programa bolsa alimentação. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/nutricao%20e%20de snutricao.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2017.
37. Doretto M, Michellon E. Avaliação dos impactos econômicos, sociais e culturais do programa de aquisição de alimentos no Paraná. Disponível em: http://www.iapar.br/arquivos/File/zip_pdf/aval_impact_econo.pdf. Acesso em: 26 mai. 2017.
38. Bichir RM. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. *Novos estud.* – CEBRAP 2010; 87:115-29.

Capítulo 20: ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO DA AMAMENTAÇÃO E SEUS ASPECTOS NUTRICIONAIS

Flaviana de Lima Monção¹⁵

Jonas Rodrigo Gonçalves¹⁶

INTRODUÇÃO

De acordo com a organização mundial de saúde (OMS) e o ministério da saúde (MS), as crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno. O leite materno é indispensável para a proteção e promoção da saúde das crianças, e suas propriedades nutricionais e imunológicas são fundamentais para o estado nutricional,

¹⁵ Bacharel em Nutrição pela Universidade Paulista (Unip), campus Brasília/DF. Pesquisadora voluntária do grupo de pesquisa coordenado pelo professor Jonas Rodrigo Gonçalves “Políticas Públicas”.

¹⁶ Possui mestrado em Ciência Política (Políticas Públicas); especialização em Letras (Linguística: Revisão de Texto; licenciatura em Letras (Português e Inglês); licenciatura em Filosofia; habilitação em História, Sociologia, Psicologia e Ensino Religioso. Autor de 34 livros técnicos e didáticos. Coordenador de políticas editoriais das faculdades CNA (DF) e Facesa (GO). Atualmente leciona nas faculdades Processus, CNA, Unip, JK e Facesa. É editor-chefe da editora JRG (www.editorajrg.com). Na Faculdade Processus (DF) coordena dois grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Português Jurídico e Políticas Públicas.

crescimento e desenvolvimento dos lactentes podendo combater de uma maneira considerável a mortalidade infantil uma das grandes preocupações da saúde pública dos tempos de hoje; além de construir um vínculo afetivo entre ambos. (SALUSTIANO et al, 2012, p.29)

No leite materno as propriedades anti-infecciosas são representadas através dos componentes solúveis e celulares. Os solúveis incluem imunoglobulinas, Iga, Igm, Igd, Ige, Igg com predominância da Iga, lisozima, lactoferrina, componentes do sistema do complemento (C3, C4), peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios (fator anti estafilococos e inativação de vírus). Possui também lactoperoxidase, que oxida bactérias com ação antimicrobiana. (PASSANHA, MANCUSO, SILVA, 2010, p. 254)

Além desses, o incentivo ao aleitamento materno pode surtir benefícios ao longo prazo diminuindo os riscos de doenças crônicas como obesidade, e diabetes melitus; além de desempenhar um papel importante para a saúde da mulher. Apesar das evidências demonstradas o Brasil ainda está longe de atingir a meta preconizada pela OMS, de cumprir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. (RAMOS et al, 2010, p.116)

Alguns aspectos epidemiológicos do leite materno mostram benefícios; de forma que suas vantagens vão adiante da esfera biológica e abrangem também a esfera psicológica afetiva; benefício este proporcionado pelo fortalecimento do

vínculo entre mãe e filho. Além de benefícios para o lactente, o aleitamento materno traz aspectos de interesse para a mulher, tais como o aumento do espaçamento entre as gestações; redução do sangramento pós-parto, em virtude da contração uterina; diminuição da ocorrência de anemias e redução dos índices de câncer de ovário e mama. (AZEVEDO et al, 2010, p. 2)

A amamentação é uma das principais práticas que promovem a saúde; é reconhecida pelos benefícios nutricionais, imunológicos e cognitivos. É uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para assegurar o bem estar de seu filho, sendo uma importante ação de promoção à saúde. Devendo ser oferecido como forma exclusiva até o sexto mês de vida. (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007, P.242)

A Implementação de ações de promoção, proteção e apoio a amamentação na atenção primária à saúde poderá contribuir para o aumento da amamentação exclusiva à nível mundial. (OLIVEIRA, CAMACHO, 2002, p. 49). Tornando no campo da saúde materno infantil uma das principais ações para os profissionais de saúde da atenção básica no incentivo do aleitamento materno (CALDEIRA et al, 2007, p. 1965).

É notável que os materiais educativos mostrem grande eficiência ao apoio na orientação das mães e na realização de práticas educativas, desde que se tornem adequados à realidade dos usuários. (BEZERRA et al, 2007, p. 1315). Sendo assim é indispensável que as instituições, sendo

particulares ou não; conveniadas ao SUS, estaduais, filantrópicas e militares invistam em políticas públicas que promovam à prática da amamentação na primeira hora de vida desde o pré-natal; sendo que à abordagem às mulheres deve ser continuada, estimulada e apoiada por intermédio de profissionais capacitados no manejo para ouvir as vivências e dúvidas maternas. (BOCCOLINI et al, 2011, p. 77)

É importante ressaltar que uma boa formação dos profissionais de saúde por meio de cursos e capacitações é de suma importância; por que além do domínio técnico da amamentação constitui uma troca de informações entre o profissional a gestante e nutriz. (AZEREDO et al, 2008, p. 342). Pois é necessário um envolvimento maior entre ambas as partes para promover, proteger e apoiar a amamentação com êxito, com isso o profissional de saúde além de seu conhecimento e técnica clínica se faz necessário uma comunicação eficiente com a nutriz. (GIUGLIANI, LAMOUNIER, 2004, p. S118)

Contudo as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde são diversas daquelas voltadas para o público em geral. Avaliar o conhecimento desses profissionais representa, pois, uma estratégia de reconhecimento de apoio à prática da amamentação, que faz necessário um aprendizado adequado das gestantes e lactantes através das orientações e suporte técnico dos profissionais de saúde.

Diante dessa perspectiva, objetiva-se neste trabalho levantar o seguinte problema: Que importância tem o incentivo ao aleitamento materno para os profissionais de saúde e mães, quanto à prática da amamentação?

Com base neste questionamento, é fato que incentivar o aleitamento materno pode surtir efeito positivo na prática da amamentação, pois se sabe que amamentar traz inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê. Contudo, é de suma importância o apoio técnico e científico do profissional de saúde para a promoção do aleitamento materno e prática da amamentação.

Portanto como objetivos o presente trabalho visa identificar dentro de três Unidades Básicas de saúde (UBS) as ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno quanto à prática da amamentação; avaliando o nível de conhecimento específico dos profissionais de saúde e identificar os métodos utilizados pelos profissionais no incentivo ao aleitamento materno.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O leite materno em sua complexa composição que torna-se incomparável sob todos os pontos de vista, pois ele desempenha função de alimento e medicamento com ação curativa e preventiva em doenças da infância e da idade adulta. Ele também é capaz de fornecer todos os macro e micro nutrientes necessários e importantes para o ser humano se desenvolver; fisicamente intelectualmente e emocionalmente durante as fases da vida. A mistura de probióticos e prebióticos presentes no leite materno formam os simbióticos e essa mistura melhoram a sobrevivência e a instalação de suplementos microbianos vivos; Logo o leite humano é um verdadeiro simbiótico e melhor fonte natural de lactobacilos e bifidobactérias e uma importante fonte natural de oligossacarídeos. (NETO, M.T, 2006, p.23/24)

Por sua vez os minerais tornam importantes para o crescimento, melhoria e a manutenção da saúde dos tecidos corporais, sendo assim a necessidade de micronutrientes para os recém-nascidos é maior do que em crianças e adultos devido ao rápido crescimento corporal e também ao alto domínio de atividades das ações metabólicas envolvidas no crescimento, atividade física, combate a infecções, entre outros. (MORGANA. et al, 2005, p. 819)

O conteúdo mineral do colostro é de grande importância pois torna-se superior se comparar com

o leite maduro , e na maioria das vezes são suficientes para a nutrição do Recém-nascido. Estes nutrientes incluem o sódio, potássio, cloreto, cálcio, magnésio, fósforo e sulfato; sendo responsáveis pelas maiores mudanças nos níveis lácteos desses macro- minerais e o tempo de lactação. (MARTINS,CALIL,FALCÃO, 2003. P. 5)

Quando se trata do leite humano; pode considerar que ele contém maiores concentrações de aminoácidos essenciais de alto valor biológico (cistina e taurina), diferente do leite de vaca. Esses aminoácidos são fundamentais e importantes para o desenvolvimento do sistema nervoso central; tornando bastante adequado às características metabólicas do RN. O leite materno também pode ser considerado pobre em fatores pró-inflamatórios, mais é muito rico em agentes anti-inflamatórios; é daí que entra em cena as principais proteínas com atividades anti-inflamatórias, são elas: lactoferrina, lisozima, IGA secretória, enzima antioxidantes como a catalase e a glutathione peroxidase, antiprotease como a alfa-1antitripsinae, a alfa-1antiquimotripsinase e algumas citocinas. (SILVA et al, 2007, p.4)

O leite materno é um fluido composto que contém lipídios, proteínas, carboidratos, vitaminas e minerais, substâncias imunocompetentes (imunoglobulina A, enzimas interferon). Deste modo, por ser a principal fonte de energia para o neonato e por possuir ácidos graxos essenciais ao desenvolvimento de recém nascido, a fração lipídica apresenta um ponto médio de 4,2 g/dle,

sendo constituída principalmente por triacilgliceróis (98%) e contribuindo com 40% a 55% do total de energia consumida pelo recém nascido em aleitamento materno exclusivo. (COSTA, SABARENSE, 2010, p.446)

No leite materno as propriedades antiinfecciosas são representadas através dos componentes solúveis e celulares. Os solúveis incluem imunoglobolinas, Iga, Igm, Igd, Ige, Igg com predominância da Iga, lizosima, lactoferrina, componentes do sistema do complemento(C3, C4), peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios (fator anti estafilococos e inativação de vírus). Possui também lactoperoxidase, que oxida bactérias com ação antimicrobiana. (PASSANHA,MANCUSO,SILVA, 2010, p. 254)

2.1.1 BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é indispensável para a proteção e promoção da saúde das crianças, e suas propriedades nutricionais e imunológicas são fundamentais para o estado nutricional, crescimento e desenvolvimento dos lactentes podendo combater de uma maneira considerável a mortalidade infantil uma das grandes preocupações da saúde pública dos tempos de hoje; além de construir um vínculo afetivo entre ambos. (SALUSTIANO et al, 2012, p.29)

Além desses, o incentivo ao aleitamento materno pode surtir benefícios ao longo prazo diminuindo os riscos de doenças crônicas como obesidade, e diabetes melitus; além de desempenhar um papel importante para a saúde da mulher. Apesar das evidências demonstradas o Brasil ainda está longe de atingir a meta preconizada pela a OMS, de cumprir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. (RAMOS et al, 2010, p.116)

Por isso as realizações de ações educativas nas etapas do ciclo gravídico puerperal são muito importantes, pois é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada e ter menores riscos de complicações no puerpério e sucesso no cuidado á criança na amamentação. (DEMITTO et al, 2010, p. 224). Pois a gestação se torna uma etapa importante para a promoção do aleitamento materno, onde é neste período que as mulheres

definem a alimentação que irá praticar com seu filho. (OLIVEIRA, CAMACHO, SOUZA, 2005, P. 1902).

O aleitamento materno traz vantagem não somente para a saúde biológica da criança e da mãe; mas também para o contato afetivo do binômio mãe-bebê. (CRUZ , SEBATIÃO, 2015, P. 77). É esse contato inicial pele a pele da mãe com seu filho que estimula a uma sucção precoce tornando importante para o sucesso do aleitamento materno. (COUTINHO et al, 2005, p.475). Contudo as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e as ações estratégicas dos serviços tornam importantes para a melhoria da saúde da criança sendo fundamentais para o início da amamentação. (PEREIRA et al, 2010, p. 2343).

2.1.2 BENEFÍCIOS DO LEITE MATERNO PARA A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ

Alguns aspectos epidemiológicos do leite materno mostram benefícios, de forma que suas vantagens vão adiante da esfera biológica e abrangem também a esfera psicológica afetiva; benefício este proporcionado pelo fortalecimento do vínculo entre mãe e filho. Além de benefícios para o lactente, o aleitamento materno traz aspectos de interesse para a mulher, tais como o aumento do espaçamento entre as gestações; redução do sangramento pós-parto, em virtude da contração uterina; diminuição da ocorrência de anemias e redução dos índices de câncer de ovário e mama. (AZEVEDO et al, 2010, p. 2)

As vantagens da amamentação são muitas para a criança, a mãe, a família e a sociedade. Pois é capaz de proteger contra doenças como diarreia, pneumonia e infecção de ouvido; além de proporcionar uma nutrição de alta qualidade para a criança promovendo assim o seu crescimento e desenvolvimento. As crianças alimentadas com leite materno tendem a apresentar um crescimento diferenciado se comparado com as crianças alimentadas com leite artificial; além de adoecer menos. Outra vantagem é em relação a mãe trazendo alguns benefícios como involução do útero mais rápido, diminuição do sangramento pós-parto e do risco de anemias. (GARCIA et al, 2013, P. 1407)

Em relação aos benefícios do aleitamento materno para as crianças nota –se que obteve as menores taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções, e de menor mortalidade por essas doenças em crianças amamentadas quando comparadas às não amamentadas. Outro ponto importante é a vantagem para a saúde da mulher que teve uma redução de estresse e mau humor e de alguns tipos de doenças como artrite reumatoide e osteoporose. (SOUZA, MELLO, AYRES, 2013, p. 1187)

A amamentação quando praticada até os seis meses e complementada até os dois anos ou mais, proporciona um adequado crescimento e desenvolvimento e previne de possíveis doenças dominantes na infância como a desnutrição infantil e na fase adulta. (SOUZA, BISPO, 2007, P. 39). Um fato importante é que o aleitamento materno na primeira hora de vida demonstrou redução na taxa de mortalidade neonatal em 22%. Isto pode estar relacionado ao efeito protetor do aleitamento materno fornecido no colostro; que incluem a colonização intestinal por bactérias específicas e a capacidade do leite materno produzir fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido. (WENDY H, 2013, P. 109)

Os benefícios do aleitamento materno são evidentes para com os lactentes, devido ao seus benefícios nutricionais e imunológicos. Pois seu efeito protetor atua gerando maior resistência a infecções, e, em especial as gastrointestinais e respiratórias, estimulando a formação de

bifidobactérias que protegem a microbiota intestinal da criança de diversas doenças, reduzindo riscos de alergias, diarreia, hipertensão, obesidade; além de desempenhar um papel relevante no processo de amadurecimento da função oral. (FUZETO, OLIVEIRA,2010, P. 2)

2.1.3 A AMAMENTAÇÃO E O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A amamentação é uma das principais práticas que promovem a saúde; é reconhecida pelos benefícios nutricionais, imunológicos e cognitivos. É uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para assegurar o bem estar de seu filho, sendo uma importante ação de promoção à saúde. Devendo ser oferecido como forma exclusiva até o sexto mês de vida. (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007, P.242)

A Implementação de ações de promoção, proteção e apoio a amamentação na atenção primária à saúde poderá contribuir para o aumento da amamentação exclusiva à nível mundial. (OLIVEIRA, CAMACHO, 2002, p. 49). Tornando no campo da saúde materno infantil uma das principais ações para os profissionais de saúde da atenção básica no incentivo do aleitamento materno (CALDEIRA et al, 2007, p. 1965).

Incentivar o aleitamento materno é muito importante, mas deve lembrar que os apoios emocionais e técnicos precisam ser oferecidos nas consultas posteriores ao parto. (LANA, LAMOUNIER, CÉSAR, 2004, p. 240). A partir daí um ponto fundamental para a promoção do aleitamento materno é o apoio que a nutriz recebe da (família, berçários, condições de trabalho, etc.). (REZENDE et al, 2004, p. 235).

Estratégias que facilitem a troca de informações sobre as vantagens do aleitamento

materno e a prática da amamentação são importantes para a mulher na sociedade. (MACHADO et al, 2015, p. 86). No início dos anos 90 o desmame precoce persistia como uma preocupação para a saúde pública, a implantação do programa Iniciativa Hospital Amigo da criança (IHAC) no Brasil a partir de 1992 estimulou o incentivo ao aleitamento materno no âmbito das políticas públicas; e para estimular o aleitamento materno instituições adotam os chamados “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. (MONTEIRO, GOMES, NAKANO, 2006, p. 428)

Uma dessas iniciativas a (IUBAAM) Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação adotada pelo estado do Rio de Janeiro, e baseada no programa Iniciativa Hospital amigo da criança; tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por meio da mobilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a adoção do Dez passos para o sucesso da Amamentação na atenção básica à saúde; promovendo o suporte que as unidades de saúde precisam a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal. (CALDEIRA, FAGUNDES, AGUIAR, 2008, P.1028)

OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

- 1.** Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidado de saúde;
- 2.** Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3.** Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação;
- 4.** Ajudar às mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o parto;
- 5.** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo que vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6.** Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica;
- 7.** Praticar o alojamento conjunto e permitir que mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8.** Encorajar a amamentação sob livre demanda;
- 9.** Não dar bicos artificiais ou chupetas à criança amamentadas;
- 10.** Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde às mães devem ser encaminhadas por ocasião de alta hospitalar. (BRASIL, UNICEF)

No cenário da saúde materno infantil a amamentação é uma das principais práticas de promoção à saúde para a diminuição de doenças e mortalidade na infância, com pontos positivos por toda à vida. (CARDOSO et al, 2008, p. 148). Tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento; a amamentação protege as crianças contra infecções gastrointestinais e respiratório sendo maior ainda quando se tem uma amamentação exclusiva. (TOMA, REA, 2002, p. s 236)

A prática da amamentação é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança, mantendo o seu crescimento dentro da normalidade, porém alguns fatores podem surgir impedindo tal prática; fatores esses socioeconômicos, demográficos, idade e condição de trabalho das mães. (FRANÇA et al, 2007, p. 712). As mães apresentam o desejo de amamentar exclusivamente a partir de explicações e justificativas em promover uma boa condição de saúde e desenvolvimento para o seu filho. (BRAGA, MACHADO, BOSI, 2008, p. 298). Pois acredita-se que a união que existe entre mãe e filho é um dos fatores importantes para o aleitamento materno, desde o primeiro instante de vida; e, é o momento em que o bebê encontra além de alimento; o afeto e o carinho. (GORGULHO, PACHECO, 2008, p. 20)

Apesar de saber que o aleitamento materno é um ato natural, as mulheres impõem limites em sua prática e sentem a necessidade de aprender; diz que o ato não é tão fácil e nem instintivo;

devendo ser estimulados (SILVA.R, SILVA.I, 2009, p. 111) a partir daí alguns influenciadores importantes podem tornar o processo do aleitamento materno acolhedor; como o marido que faz o papel de estimulador e a mãe da nutriz que é tida como modelo de referência na prática da amamentação. (MACHADO et al, 2004, p. 183)

É notável que os materiais educativos mostrem grande eficiência ao apoio na orientação das mães e na realização de práticas educativas, desde que se tornem adequados à realidade dos usuários. (BEZERRA et al, 2007, p. 1315). Sendo assim é indispensável que as instituições, sendo particulares ou não; conveniadas ao SUS, estaduais, filantrópicas e militares invistam em políticas públicas que promovam à prática da amamentação na primeira hora de vida desde o pré-natal; sendo que à abordagem às mulheres deve ser continuada, estimulada e apoiada por intermédio de profissionais capacitados no manejo para ouvir as vivências e dúvidas maternas. (BOCCOLINI et al, 2011, p. 77)

Tendo em vista a importância da amamentação para a saúde da criança e de suas mães; as estratégias do governo devem ser traçada para que as mães tenham suporte teórico e emocional para tomar a decisão de amamentar e devem considerar que a mãe é parte de um ambiente onde diversos fatores podem dificultar o ato de amamentar e a duração adequada. (FRANÇA et al, 2007, p. 712). É nesse contexto que o profissional de saúde deve estar inserido no

SUS voltados no planejamento de políticas públicas saudáveis e no desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da comunidade; a fim de promover à prática da amamentação. (ANTUNES et al, 2008, P. 107)

O treinamento específico é fundamental para a promoção da amamentação, promovendo confiança nas equipes de saúde e facilitando o envolvimento das atividades. (CALDEIRA, FAGUNDES, AGUIAR, 2008, p. 1028). Por que as estratégias que os programas de promoção ao aleitamento materno que incluem a capacitação das equipes de saúde podem ocasionar maior duração da amamentação nas comunidades por eles assistidas. (LANA, LAMOUNIER, CESAR, 2004, p. 235/236)

É importante ressaltar que uma boa formação dos profissionais de saúde por meio de cursos e capacitações é de suma importância; por que além do domínio técnico da amamentação constitui uma troca de informações entre o profissional a gestante e nutriz. (AZEREDO et al, 2008, p. 342). Pois é necessário um envolvimento maior entre ambas as partes para promover, proteger e apoiar a amamentação com êxito, com isso o profissional de saúde além de seu conhecimento e técnica clínica se faz necessário uma comunicação eficiente com a nutriz. (GIUGLIANI, LAMOUNIER, 2004, p. S118)

Sendo assim qualquer explicação técnica que seja elaborada pelo profissional deve perceber o quanto essa mãe é capaz de absorver, e quais

são suas principais dúvidas, medos e ansiedades; com isso a abordagem será mais direcionada e eficaz; eliminando as dificuldades e tornando-as mais seguras. (GORGULHO, PACHECO, 2008, p. 21). Diante disso os profissionais de saúde que lidam com o binômio mãe-filho é primordial que se aprendam técnicas de relação interpessoal e com isso desenvolva habilidades específicas de aconselhamento em amamentação. (COSTA, TEODORO, ARAÚJO, 2009, p.57)

Desde 1995 vem sendo implantado o curso de aconselhamento em amamentação; esse curso tem o suporte do ministério da saúde e tem o objetivo de treinar o profissional de saúde em algumas habilidades específicas para facilitar a comunicação entre a mãe e atingir uma ação construtiva. (BUENO, TERUYA, 2004, p. S127). Pois algumas dificuldades podem surgir entre as mães em relação ao aconselhamento em amamentação por isso é importante que os profissionais de saúde estejam preparados para ajudar às mães a superar as dificuldades estabelecidas; pois poderá ocorrer em diferentes momentos: no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e no puerpério. (CAMINHA et al, 2011, p. 2249)

Quando o profissional de saúde considera a “Bagagem cultural” materna como uma influência importante na decisão de amamentar e no manejo dessa prática o suporte de apoio a essa mãe para superar obstáculos torna-se plena no aleitamento materno. (MARQUES et al,2010, p. 1398). Assim o

profissional de saúde torna-se um importante incentivador quanto a prática da amamentação; mas é preciso que esse profissional disponha de tempo para que possa organizar melhor a assistência às mães e pôr em prática as ações educativas durante a consulta. (RIOS,VIEIRA, 2007, p. 483)

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar dentro da Unidade Básica de saúde (UBS) às ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno, quanto à prática da amamentação;

3.2 Objetivo específico

- Avaliar o nível de conhecimento específico dos profissionais de saúde frente à prática da amamentação e como essas informações e ações são transmitidas às mães;

- Identificar quais os métodos utilizados pelos profissionais de saúde no incentivo ao aleitamento materno;

4.JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se por ter grande importância para a sociedade, visto que o aleitamento materno no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. É preciso que os estados e municípios avancem numa mesma direção, tornando a política pública mais descentralizada, porém agregadora, no sentido de promover o aleitamento materno.

Acredito na importância do aleitamento materno e em seus benefícios para o binômio mãe-bebê; além de construir um vínculo afetivo entre ambos que ciência alguma não explica somente a mãe através do leite materno é capaz de transmitir para seu filho nutriente importante para o seu desenvolvimento; protegendo-o de possíveis infecções.

Pois se sabe que o aleitamento materno é um dos elementos essenciais ao crescimento físico, funcionalidade imunológica e desenvolvimento psicológico de crianças, e, é o único capaz de atender de maneira adequada a todas as características fisiológicas do metabolismo dos lactentes; podendo levar a uma considerável redução na mortalidade neonatal; capaz de reduzir mortes por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos.

Segundo dados do Ministério da Saúde o Brasil reduziu a mortalidade infantil 20% acima da média mundial; no Brasil a redução foi de 60,8

óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,4, em 2015 (com queda de 73%) globalmente a taxa de menores de cinco anos teve uma queda de 53%. (BRASIL, 2015). A respeito da amamentação estima-se que ela seja responsável pela diminuição de 9,1% do coeficiente de mortalidade infantil, podendo evitar mais de 600.000 mortes no mundo por infecções respiratórias agudas. (BOCCOLLINI et al, 2013, p.155)

Além de todas essas evidências o aleitamento materno e a prática da amamentação também podem ser considerados como uma condição favorável de economia para o estado e para a família; assim é provada que o aleitamento materno é considerado uma evidência incontestável quanto aos seus benefícios.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo teórica, social e qualitativa utilizando artigos científicos relacionados ao tema suposto nesta pesquisa. A coleta de dados ocorrerá em Unidades Básicas de saúde (UBS) em municípios da cidade de Luziânia-Goiás.

5.2 Procedimentos operacionais

Inicialmente será apresentado ao responsável da Unidade Básica de saúde a explicação do delineamento deste trabalho e seus objetivos a serem empregados. Mediante o termo de concordância devidamente assinado pelo responsável e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes que venham a participar desta pesquisa será marcada o dia para a obtenção da coleta de dados e aplicação dos questionários.

5.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento a ser utilizado será um questionário para profissionais de nível médio, técnico e superior (Agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e nutricionistas). O questionário contará com 10 questões; sendo 05 objetivas e 05 discursivas sendo aplicados para um

total de 30 pessoas divididos entre as unidades participantes. Onde o questionário destinado aos profissionais irá avaliar o grau de conhecimento específico na prática da amamentação e do aleitamento materno; e identificar dentro das unidades as ações educativas voltadas para o incentivo ao aleitamento materno.

5.4 Critério de inclusão e exclusão

A princípio serão incluídos todos os participantes que aceitarem participar da pesquisa após serem informados dos termos contidos no TCLE.

6.RESULTADOS ESPERADOS

A análise bibliográfica pesquisada revela que orientar às mães para amamentação ainda representa um grande desafio para os profissionais de saúde. Para a promoção do aleitamento materno é necessário uma expansão maior de investimentos em estrutura física, fornecimento de materiais educativos, e a capacitação das equipes; isso representaria um envolvimento maior desses profissionais na tarefa de apoiar e incentivar as mães a amamentar, transmitindo a elas a importância do aleitamento materno exclusivo.

Espera-se que reflexões sobre a situação do aleitamento materno e a prática da amamentação em unidades de saúde possam surtir efeitos positivos para a melhoria em prol da amamentação.

REFERÊNCIAS

ANTUNES et al. *Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde, revista Ciência & Saúde coletiva*, 13(1), P.103-109, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015

AZEREDO et al. *Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. Rev. Paul pediatria*, 26(4), p.336-44, Viçosa MG, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

AZEVEDO et al. *Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. Rev. Rene, fortaleza*, v. 11, nº 2, P. 1-222 abr/jun 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a06v11n2.htm . Acesso em: 10 out 2015

BEZERRA et al. *Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). Ciência & Saúde Coletiva* 12(5), P. 1309-1317, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n5/23.pdf>. Acesso em: 05. Set 2015

BOCCOLINI et al. *Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev. Saúde pública*, 45(1) p. 69-78, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n1/1717>. Acesso em: 05. set 2015

BOCCOLINI et al. *O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. Archivos de pediatria Del Uruguay*, 2013, 84(2) 160-155. Disponível em: http://www.sup.org.uy/revistas/adp84-2/web/pdf/adp84-2_cono%20sur-aleitamento.pdf. Acesso em: 05 set 2015

BUENO.L.G.S, TERUYA.K.M. *Aconselhamento em amamentação e sua prática. Jornal da pediatria*. Rio de janeiro, 80(supl5), P. S126-130, 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a03.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015

BRAGA.D.F, MACHADO.M.M.T, BOSI. M.L.M. *Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado, Rev.nutri,campinas*, 21(3) P. 293-302 Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a04v21n3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015

BRASIL. UNICEF. *Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm. Acesso em: 05 set 2015

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Redução da mortalidade Infantil*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/10/brasil-reduz-mortalidade-infantil-acima-da-media-mundial>. Acesso em: 10 out 2015

CALDEIRA.A.P, FAGUNDES.G.C, AGUIAR.G.N. *Intervenção educacional em equipes do programa de saúde da família para promoção da amamentação*. *Rev saúde pública*, 42(6), 1027-33 Montes Claros, MG, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6980.pdf>. Acesso em: 13. set 2015

CAMINHA et al. *Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um programa de saúde da família*. *Ciência & saúde coletiva*, Recife-PE, 16(4), 2245-2250, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a23.pdf>. Acesso em: 13 set 2015

CARDOSO et al. *Impacto da implementação da iniciativa unidade básica amiga da amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. Rev. Jornal da pediatria*, Rio de Janeiro 2008, 84(2), 147-153 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/v84n2a10.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

CHAVE.R.G, LAMOUNIER. J.A, CÉSAR.C.C. *Fatores associados com a duração do aleitamento materno. Jornal da pediatria*, Rio de Janeiro, 2007, 83(3) 241-246. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>. Acesso em: 13 set 2015

COUTINHO. et al. *Impacto de treinamento baseado na iniciativa Hospital Amigo da criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do nordeste. Jornal de pediatria*, 81(6), p. 471-7, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a11.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015

COSTA.A.R.C, TEODORO.T.N, ARAUJO.M.F.M. *Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de caso. Ciência & saúde*, Brasília- DF, 20(1), P. 55-64, 2009. Disponível em: http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2009Vol20_1art06analisedoconhecimento.pdf. Acesso em: 30. ago 2015

COSTA.A.G.V, SABARENSE.C.M. *Modulação e composição de ácidos graxos do leite humano. Rev. Nutr, Campinas , 23(3) pg 445- 457, maio/jun, 2010.*

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/12.pdf>. Acesso em: 10 out 2015

CRUZ. M.R, SEBASTIÃO. L.T. *Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. Distúrbios comum, São Paulo, 27(1), P. 76-84, Mar 2015.*Disponível em:

<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362/16328>. Acesso em: 13. set 2015

DEMITTO et al. *Orientações sobre a amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa.Revista Rene, vol 11, nº especial, 2010,*

P. 223-229. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/494/pdf>. Acesso em: 13. set 2015

FUZETO.K.L.R, OLIVEIRA.A.C.J. *Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. Cadernos da escola de saúde,*

Curitiba, 03. P. 1-16, 2010. Disponível em:

<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernossaude/index.php/saude/article/viewFile/60/60>. Acesso em: 10 out 2015

FRANÇA et al. *Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuibá, Mato Grosso, revista Saúde pública*, 41(5), P.711-18, 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5802.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015

GARCIA et al. *O conhecimento das puérperas sobre preparo das mamas e aleitamento materno. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde*, Vol. Nº 1, ano 2013, P. 1404-4785.

Disponível em:

<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/232/pdf>.

Acesso em: 10 out 2015

GIUGLIANI.E.R.J, LAMOUNIER.J.A. *Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. Jornal da pediatria*, Rio de Janeiro,80 (5) supl, S117-S118, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a01.pdf>. Acesso em: 5 set. 2015

GORGULHO.F.R, PACHECO.S.T.A. *Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev. Enferm* ,12 (1) P. 19-24, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a03.pdf>. Acesso em: 5 set. 2015

LANA. A.P.B, LAMOUNIER. J.A, CÉSAR.C.C.
Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. Jornal da pediatria, 80(3), p.235-40, Rio de Janeiro, 2004.
Disponível em :
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n3/v80n3a13.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015

MACHADO et al. *O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o está junto. Rev.Bras enferm*, Brasília -DF, Abr 2004, 57(2), P. 183-7. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a10v57n2.pdf>. Acesso em: 13. Set 2015

MACHADO et al. *Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família. Revista de enfermagem referência, série IV, nº5, p. 85-92, São Paulo, 2015.* Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a10.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

MARQUES et al. *A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. Ciência & saúde coletiva*, Viçosa MG 15(supl1), p. 1391-1400, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/049.pdf>. Acesso em: 13 set 2015

MARTINS.V, CALIL.L.T, FALCÃO.M.C.
Composição do leite humano: O alimento ideal.
Rev. Médica, São Paulo, 2003, jan- dez. Pg.1- 10
(82). Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/62475/65272>. Acesso em: 10 out 2015

MONTEIRO.J.C.S, GOMES.F.A, NAKANO. A.M.S.
Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. Acta Paul Enferm, 19(4), 427-32, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>.
Acesso em: 30 ago. 2015

MORGANO et al. *Composição mineral do leite materno de banco de leite. Ciência. Tecnol. Aliment, Campinas. 25(4): 819-824, out-dez 2005.*
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cta/v25n4/27657.pdf> .
Acesso em: 10 out 2015

NETO.M.T. *Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. Acta Pediátrica Portuguesa,2006 1(37) p. 23-6, Lisboa.*
Disponível em:
http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1281/1/Acta%20Pediatria%20Port%202006_37_23.pdf . Acesso em: 10 out 2015

OLIVEIRA.M.I.C, CAMACHO.L.A, SOUZA.I.E.O.
Promoção, proteção e apoio a amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro ,Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 21(6), p.1901-1910, Dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/30.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

OLIVEIRA. M.I.C, CAMACHO. L.B. *Impacto das Unidades Básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 5, nº1, p. 41-51, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v5n1/06.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015*

PASSANHA.A, MANCUSO.A.M.C, SILVA.M.E.M.P.
Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrointestinais e respiratórias. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento humano. 2010, 20(2) p. 351-360, são Paulo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/17.pdf>. Acesso em: 10 out 2015

PEREIRA et al. *Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde pública, 26(1), p. 2343-2354, Rio de Janeiro, Dez 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015*

RAMOS et al. *Prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos hospitais amigos da criança de Teresina- Piauí. Rev. Epidemiologia. Sev. Saúde*, Brasília, 2010, 19(2) 115-124. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a04.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

REZENDE et al. *O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev Latino-am Enfermagem*, 10(2), p. 234-8, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10520.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

RIOS.CT.F, VIEIRA.N.F.C. *Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & saúde coletiva*, São Luís MA, 12(2), p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>. Acesso em: 15 set 2015

SALUSTIANO et al. *Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. Rev. Bras. Ginecologia Obstetra*, Uberlândia MG, 2012, 34(1) 28-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1.pdf>. Acesso em: 05 set 2015

SILVA.R.V, SILVA.I.A. *A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Esc Anna Nery. Rev enferm*,13(1), P.108-115, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

SILVA et al. *Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físico-químicas de sua gordura. Rev Quim. Nova*, vol 30, nº 7, p. 1535-1538, 2007 São Paulo. Disponível em: <http://submission.quimicanova.sbq.org.br/qn/qnol/2007/vol30n7/06-AR06224.pdf>. Acesso em: 10 out 2015

SOUSA.T.O, BISPO.T.C. *Aleitamento Materno exclusivo e o programa saúde da família da chapada, município de Aporá (BA). Revista Baiana de Saúde Pública* v. 31 nº 1, p. 38-51 jan/jun 2007, Bahia. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1383/1019> . Acesso em: 10 out 2015

SOUSA.S.N.D.H, MELLO.D.F.M, AYRES.J.R.C.M.
O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6) p. 1186-1194, jun 2013. Disponível em:
http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/5825/art_AYRES_O_aleitamento_materno_na_perspectiva_da_vulnerabilidade_programatica_2013.PDF?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 10 out 2015

TOMA. T.S, REA. M.F. *Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 2002 Sup 2 S 235-246, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>. Acesso em: 30 ago 2015

WENDY H.O. *Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. Jornal de Pediatria*, vol 89, nº 2 março/abril 2013, p. 109-111, Porto Alegre. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399738198001> .Acesso em: 10 out 2015

Capítulo 21: A AÇÃO DOS FLAVONÓIDES NOS CASOS DE DEPRESSÃO

Regina Cláudia Gonçalves¹⁷

¹⁷ Pós-graduada em Fitoterapia Funcional pela VP Consultoria Nutricional Ltda Divisão Valéria Paschoal de Ensino e Pesquisa /Universidade Cruzeiro do Sul Conclusão em Novembro/2016. Pós Graduada em Nutrição Clínica Funcional pela VP Consultoria Nutricional Divisão Valéria Paschoal de Ensino e Pesquisa /Universidade Cruzeiro do Sul Conclusão em Outubro/2014. Bacharelado em Nutrição pelas Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU.

RESUMO

Depressão é uma doença que atinge mais de 350 milhões de pessoas no mundo e requer cuidados especiais e tratamento multidisciplinar. Ocorre por conta de uma disfunção bioquímica do cérebro, onde há falha na comunicação dos impulsos elétricos nos neurônios, levando a um prejuízo na produção de hormônios como serotonina e endorfina, e é classificada em três graus: Leve, Moderado e Grave, de acordo com a quantidade e tempo de duração dos sintomas apresentados. Diferente de uma tristeza transitória por conta de situações específicas em que há uma causa, na Depressão a tristeza se estende por dias, sem causa aparente. Alguns gatilhos podem desencadear uma crise, como por exemplo, doenças sistêmicas, o consumo de drogas como o álcool e a cocaína, medicamentos, acontecimentos traumáticos na infância, oscilação hormonal (nas mulheres), estresse físico, psicológico e déficit nutricional. Importante ressaltar que um cérebro saudável é um cérebro bem nutrido, uma vez que as funções cerebrais dependem de nutrientes essenciais para formar e manter os neurônios, as células gliais, os neurotransmissores, os neuromoduladores, os hormônios e, ainda, o metabolismo energético cerebral, com relação

à captação e à ação da glicose. Nesse sentido, os flavonoides têm papel fundamental na saúde do cérebro, em especial a quercetina, por inibir o processo de formação de radicais livres, merecendo destaque a sua ação antioxidante, além de anti-inflamatória, antialérgica, antiviral, anti-herpes, anticancerígena e hipoglicemiante. Presente em vários alimentos, suas maiores fontes são: a cebola (com maior concentração na casca), a maçã, o brócolis, a couve, a vagem, o repolho, o chá preto e o suco de limão, além de outros com uma menor concentração. Ainda não se pode precisar a quantidade necessária para os benefícios de seus efeitos protetores, estimando-se que o consumo entre 25 a 50 miligramas ao dia seja o adequado.

Palavras-chave:

Depressão. Alimentos Funcionais. Doenças Neurodegenerativas. Quercetina. Flavonóides.

ABSTRACT

Depression is a disease that affects over 350 million people worldwide and requires special care and multidisciplinary treatment. Occurs because of a biochemical dysfunction of the brain, where there is failure to communicate electrical impulses in neurons leading to impaired production of hormones such as serotonin and endorphins, and is classified into three grades: Mild, Moderate and Severe, according with the amount and duration of symptoms. Unlike a transient sadness on account of specific situations in which there is a cause in Depression sadness extends for days without apparent cause. Some triggers can trigger a crisis, such as systemic diseases, consumption of drugs such as alcohol and cocaine, drugs, traumatic events in childhood, hormonal fluctuations (in women), physical stress, psychological and nutritional deficit. Important to emphasize that a healthy brain is a well-nourished brain, since the brain functions depend on essential nutrients to form and maintain the neurons, glial cells, neurotransmitters, neuromodulators, hormones and also brain energy metabolism, regarding the uptake and action of glucose. In this sense, flavonoids play a fundamental role in brain health, particularly quercetin, by inhibiting the process of formation of free radicals, with emphasis to its antioxidant action, in addition to anti-inflammatory, antiallergic, antiviral, anti-herpes, anti-cancer and hypoglycemic. Present in various foods, their major

sources are: onion (with the highest concentration in the peel), apple, broccoli, cabbage, pods, cabbage, black tea and lemon juice, and others with less concentration. Still may not need the amount required for the benefits of its protective effects, it is estimated that the consumption of 25 to 50 milligrams a day is adequate.

Keywords:

Depression. Functional Foods. Neurodegenerative diseases. Quercetin. Flavonoids.

INTRODUÇÃO

Atualmente, mais de 350 milhões de pessoas no mundo sofrem de Depressão, doença que requer cuidados e tratamento multidisciplinar. Pode ser definida como uma doença psiquiátrica, crônica, incapacitante e recorrente em razão de uma disfunção bioquímica do cérebro, com alterações do humor e crises de profunda tristeza, onde a pessoa se encontra imersa em sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, culminando com distúrbios do sono e do apetite (FLECKA et al¹).

Nem todas as pessoas com predisposição genética reagem da mesma forma para os gatilhos desencadeantes de crises. A tristeza advinda das crises de Depressão é diferente das tristezas transitórias oriundas de fatos difíceis e desagradáveis, inerentes à vida de qualquer pessoa quando se depara, por exemplo, com a perda de um ente querido, perda do emprego, dificuldades econômicas, desentendimentos familiares ou desencontros amorosos.

Essas são adversidades que uma pessoa saudável, sofre; mas, não se entrega; de alguma forma encontra forças, reage e supera. O mesmo não ocorre com as pessoas depressivas, onde a tristeza não dá tréguas, permanecendo por dias seguidos, ainda que sem causa aparente. Os quadros variam de intensidade e duração e podem ser classificados em três graus: leves (Depressão menor), moderados (Distímia) e graves

(Depressão maior) (NARDI²).

Fatores genéticos estão atrelados aos casos de Depressão e algumas situações são como gatilhos desencadeando uma crise, dentre elas algumas doenças sistêmicas (hipotireoidismo), consumo de drogas lícitas (álcool) ou ilícitas (cocaína), alguns medicamentos (anfetaminas), acontecimentos traumáticos na infância, bem como estresse físico e psicológico (OLIVEIRA et al³).

Relevante o fato de que, atualmente, pelo ritmo assoberbado de compromissos, as pessoas não têm primado pela qualidade da alimentação e um cérebro para ser saudável precisa estar bem nutrido. Hipócrates, cerca de 2.500 anos atrás, já dizia: “Faça do alimento o seu medicamento” (MONTEIRO; MARIN⁴).

A deficiência de um ou mais nutrientes na alimentação diária pode, sem dúvida, perturbar a organização estrutural e bioquímica do cérebro (GUEDES; ROCHA-DE-MELO; TEODOSIO⁵).

Por conta da oscilação hormonal, principalmente no período fértil, as mulheres são mais suscetíveis à Depressão, ao menos até que cessem as flutuações hormonais, quando na menopausa (JUSTO⁶).

Nos homens, a incidência se dá entre os 18 aos 30, 40 anos. Não há uma fase da vida específica para o surgimento da Depressão, podendo ocorrer da infância à velhice. Há a trindade sintomatológica pós-moderna “estresse, ansiedade, depressão”, fruto da problemática que

envolve as megacidades com os percalços do trânsito, da violência e dos afetos embaralhados, que leva à produção excessiva e irregular do hormônio cortisol (GUTMAN⁷).

Quanto à articulação bioquímica entre o receptor para o fator liberador de corticotrofina (CRFR1) na produção de estresse, e o receptor para a serotonina (5HT- 2R) atrelado à produção de sintomas depressivos, fica claro que o padrão alimentar do indivíduo tem um papel importante tanto no start da doença, quando há um aporte nutricional inadequado e deficiente, quanto como coadjuvante no tratamento da patologia. Assim também, de relevância importante, a atividade física, na modulação de determinados hormônios e neurotransmissores responsáveis pelo funcionamento do cérebro (MORITZ; MANOSSO⁸).

O objetivo deste trabalho é aferir os efeitos benéficos de uma alimentação adequada nos estados de Depressão, analisando a relação da patologia com a falta de aporte nutricional para o funcionamento adequado do cérebro, ressaltando os efeitos benéficos dos flavonoides como coadjuvantes no tratamento dessa patologia.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica narrativa elaborada através de pesquisa em 01 livro e 23 artigos junto às bases de dados eletrônicas Pubmed, Lilacs, Medline, sendo 20 artigos em Português e 03 artigos em Inglês, utilizando-se as palavras-chave “Depressão”, “Alimentos Funcionais”, “Doenças Neurodegenerativas”, “Quercetina” e “Flavonóides”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Importante conhecer a diferença entre Depressão e Tristeza para que se possa optar pelo tratamento adequado e necessário. Depressão é uma doença recorrente que atinge cerca de 18% da população, ao passo que tristeza é um fenômeno natural com duração limitada, em razão de acontecimentos isolados (FRANCIS; KUMAR⁹).

Segundo o Manual Estatístico para Doenças Mentais (DSM-IV) (LIMA¹⁰), os sintomas que caracterizam e classificam a Depressão são: 1) Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo, quase todos os dias; 2) Anedônia: interesse ou prazer diminuído para realizar a maioria das atividades; 3) Alteração de peso: perda ou ganho de peso não intencional; 4) Distúrbio de sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias; 5) Problemas psicomotores: agitação ou apatia psicomotora, quase todos os dias; 6) Falta de energia: fadiga ou perda de energia, diariamente; 7) Culpa excessiva: sentimento permanente de culpa e inutilidade; 8) Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar ou concentrar-se; 9) Ideias suicidas: pensamentos recorrentes de suicídio ou morte (SOUZA¹¹).

Na Depressão menor o paciente apresenta de 02 a 04 desses sintomas enumerados acima, por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedônia; na Distímia, o paciente apresenta de 03 a 04 sintomas, incluindo estado

deprimido, durante dois anos, no mínimo; e na Depressão maior o paciente apresenta 05 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedônia.

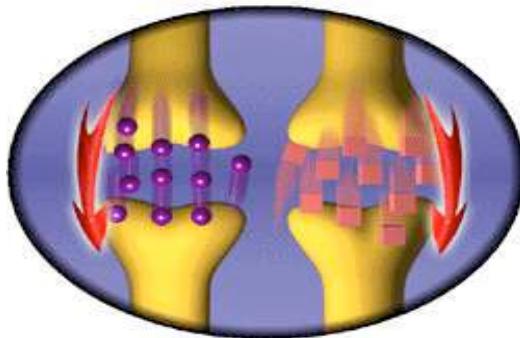
Vale ressaltar que a Depressão não é sinal de loucura, preguiça ou irresponsabilidade, podendo ocorrer nas várias fases da vida, da infância à velhice. O fundamental para o controle da situação é o atendimento médico necessário para diagnosticar corretamente a patologia e prescrever o tratamento apropriado que pode oscilar entre somente o tratamento psicoterápico (para os quadros leves) e/ou tratamento medicamentoso com o uso de antidepressivos, no caso destes últimos, ainda que seja apenas momentaneamente.

A área com maior destaque quanto às pesquisas sobre a fisiologia da Depressão é a Neuroquímica, em razão de alterações em múltiplos sistemas de neurotransmissão que englobam os sistemas monoaminérgicos originados em pequenos núcleos no tronco cerebral e mesencéfalo que projetam-se pelo córtex e sistema límbico - compostos por neurônios que contêm norepinefrina (NE), serotonina (5HT) e dopamina (DA) que, com a acetilcolina (ACh) modulam e integram atividades corticais e subcorticais envolvidas na regulação da atividade psicomotora, apetite, sono e humor (LAFER; VALLADA FILHO¹²).

Essas alterações ocorrem pela mudança na sensibilidade dos receptores pré e pós-sinápticos,

ainda que sem alteração da quantidade desse neurotransmissor.

A fisiologia da Depressão atinge os mediadores bioquímicos que conduzem os estímulos através dos neurônios com prolongamentos que não se tocam, sendo esse espaço livre chamado de sinapse, onde ocorre a troca de substâncias químicas, íons e correntes elétricas, através do impulso entre os neurônios. Nessa transmissão, os neurotransmissores – substâncias produzidas pelos neurônios e armazenadas em vesículas neuronais, modulam a passagem do estímulo representado por sinais elétricos, quando o axônio de um neurônio pré-sináptico é excitado. Na Depressão, há um comprometimento dos neurotransmissores responsáveis pelo funcionamento normal do cérebro, como podemos observar na figura a seguir.



Neurônios em estado normal

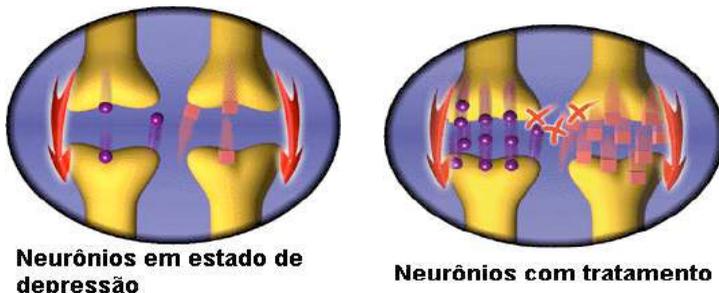


Figura 1: Falha na transmissão dos impulsos elétricos Fonte: MORENO¹³

O funcionamento do sistema nervoso, constituído pelo cérebro, medula espinhal e nervos periféricos, está atrelado a uma rede de comunicação de mensagens advindas de uma complexa interligação de mais de 100 bilhões de neurônios nutridos, protegidos e auxiliados por células da Glia que, além de serem células especializadas para suporte metabólico e estrutural no funcionamento dos neurônios, também são responsáveis pela eficiência das transmissões sinápticas, modulando as respostas imunológicas e inflamatórias no Sistema Nervoso Central que contam com aproximadamente 50 células Glia para cada neurônio, muito embora em razão de seu reduzido tamanho, ocupem a metade do volume do tecido nervoso (CARREIRO¹⁴).

No tratamento medicamentoso, os antidepressivos aumentam os níveis de NE e 5-HT algumas horas após administrados, mas demoram entre duas a três semanas para surtirem o efeito

terapêutico esperado que gira em torno de 60 a 70%. Na escolha do antidepressivo deve se levar em conta os efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, tolerabilidade, custo e danos cognitivos (SOUZA¹¹).

O volume do cérebro é de 1400 gramas e necessita de 20% de todo o oxigênio que consumimos e de 25 a 30% de toda a energia que obtemos, cujo funcionamento depende da alimentação que possibilita a obtenção dessa energia e nutrientes necessários para o controle adequado dos atos e funções físicas, mentais e emocionais de cada ser humano. Daí a importância da alimentação para que os neurônios sejam bem nutridos e desempenhem com excelência seu papel, uma vez que o cérebro é o único órgão sem reserva significativa de energia, restando apenas um pequeno estoque de glicogênio localizado nos astrócitos - células responsáveis pela nutrição dos neurônios, podendo influenciar suas atividades e sobrevivência, através da absorção de íons como o potássio e a reciclagem de neurotransmissores liberados na fenda sináptica – tanto os excitatórios (glutamato) quanto os inibitórios (GABA), que freia a excitação do cérebro e controla o pensamento. Tanto a Vitamina B6 quanto o magnésio são necessários para a sua formação.

Dentre os principais neurotransmissores, está acetilcolina, sintetizada a partir de alguns nutrientes como a colina, lecitina, DMAE, Vitamina C, B1, B5, B6, Zinco e Cálcio (BOTTIGLIERI¹⁵).

Sua síntese é vital para nosso organismo, uma vez que estimula o impulso a ser transmitido (de células nervosas, músculos cardíacos, glândulas e células motoras para os músculos do esqueleto). É encontrada em maior quantidade no corpo humano, sendo responsável por controlar vários órgãos e atuar na complexidade do pensamento, ação, locomoção, manifestação de alegria ou de preocupação. Já a noradrenalina é também um neurotransmissor excitatório que regula o humor e a excitação física e mental, sendo sintetizada a partir da dopamina pela enzima dopamina-beta-hidroxilase, na presença de oxigênio, cobre, vitamina C, vitamina B6 e magnésio. Esse sistema noradrenérgico é importante para manter o foco de atenção. O estresse pode aumentar a noradrenalina cerebral que eleva a frequência cardíaca e a pressão arterial. A dopamina, neurotransmissor inibitório derivado da tirosina, produz sensações de bem-estar, satisfação e prazer, sendo o mais ligado à psicomotricidade. Por fim, a serotonina, neurotransmissor derivado do triptofano^{16, 17}, é o mais vinculado à alegria e ao bem-estar, regulando o sono, o humor, a atividade sexual, o apetite, o ritmo circadiano, as funções neuroendócrinas, temperatura corporal, sensibilidade à dor, bem como a atividade motora e funções cognitivas. Atualmente tem sido relacionada aos transtornos do humor e afetivos (ALMEIDA et al¹⁸).

Para a sua conversão, são necessários micronutrientes como magnésio, vitamina B6, ácido

fólico, ferro e vitamina C. Uma ação fundamental da serotonina é ser precursora da melatonina - hormônio secretado pela glândula pineal e excelente antioxidante, chamado de “hormônio do sono” que promove uma eliminação de radicais livres no cérebro, garantindo sua saúde e longevidade. Ainda modula a necessidade de consumir carboidratos, principalmente no fim de tarde ou à noite, melhorando a saciedade. Seu nível baixo é associado com distúrbios como Depressão, pensamentos suicidas e distúrbios obsessivo-compulsivos, por exemplo.

Estudos recentes acentuam a importância de alguns alimentos ricos em flavonoides, importantes componentes da dieta humana, como coadjuvantes no tratamento da Depressão, sendo provenientes dos vegetais e frutas, com participação direta nas atividades da fisiologia do sistema nervoso central, modulando numerosas enzimas com ação anti-inflamatória no sistema vascular, bem como redução de placas ateroscleróticas, inibição da agregação plaquetária, promoção da vasodilatação, ação hormonal (no caso das isoflavonas) e significativa ação antioxidante.

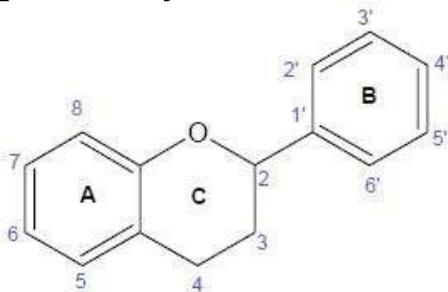


FIGURA 1 - Estrutura básica dos flavonóides Fonte: BEHLING¹⁹, 2004

Os flavonoides ultrapassam a Barreira Hemato-Encefálica (BHE) - um importante componente da rede de comunicação que conecta o sistema nervoso central e os tecidos periféricos, funcionando como uma interface que limita e regula a troca de substâncias entre o sangue e os componentes do SNC, cuja impermeabilidade resulta de várias características únicas que dificultam a penetração de moléculas, salvo as lipossolúveis muito pequenas; ao passo que as moléculas hidrofílicas como íons, glicose, aminoácidos e componentes do ácido nucléico passam através de canais especializados, por diversas vias, atingindo todos os núcleos cerebrais, aumentando a capacidade antioxidante cerebral, assim também melhorando sua perfusão sanguínea, interagindo com genes neuronais e modulando a atividade de determinados receptores. Sua ação antioxidante se justifica por “sequestrar” radicais livres, por quelar íons metálicos e pelas propriedades estabilizadoras de membrana (DOVICHÍ; LAJOLO²⁰).

Os nutrientes exercem funções definidas e intransferíveis. A carência de um micronutriente vai interferir diretamente na função de vários outros, desencadeando uma reação em cascata e desequilibrando a função de todos; ou seja, a carência de qualquer nutriente essencial, mesmo

aquele necessário em quantidades irrisórias, pode determinar a alteração do equilíbrio geral do organismo. Portanto, as funções cerebrais dependem de nutrientes essenciais para formar e manter as células nervosas (neurônios), as células gliais, os neurotransmissores, os neuromoduladores, os hormônios e para manter o metabolismo energético cerebral; ou seja, captação e ação da glicose. Sem vitaminas e minerais em quantidade adequada e equilibrada entre si, essas funções cerebrais não têm como ser eficientes, causando distúrbios que levam a sintomas de desequilíbrio. (CARREIRO¹⁴).

Vale citar também os telômeros - espécie de capa protetora nas extremidades dos cromossomos que afetam a rapidez com que as células envelhecem. São feitos através de combinações do DNA e proteína que protegem a ponta dos cromossomos e ajudam a mantê-los estáveis e, num processo natural, à medida que ocorre a divisão celular, eles ficam mais curtos e, assim, as células envelhecem e morrem. Nas pessoas com Depressão, essas células aparentam ser biologicamente mais velhas, ou seja, essas pessoas envelhecem precocemente.

Quimicamente, a Depressão é causada por um desequilíbrio nos neurotransmissores responsáveis pela produção de hormônios como a serotonina e a endorfina, que dão a sensação de conforto, bem-estar e prazer (CANALE; FURLAN²¹).

Nesse estado, a pessoa passa a apresentar

sintomas de desânimo, tristeza, autoflagelamento, perda do interesse sexual, falta de energia para atividade simples, em razão de uma diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, mas a bomba de recepção e a enzima continuam trabalhando normalmente (ANDRADE et al²²).

Dessa forma, um neurônio receptor captura menos neurotransmissores e o sistema nervoso funciona com menos neurotransmissores do que o necessário. A deficiência de alguns micronutrientes, por exemplo, as vitaminas do Complexo B, contribuem para a piora do quadro.

O papel dos flavonoides é fundamental. Muitos mecanismos antioxidantes têm sido propostos, como opressão da formação de espécies reativas de oxigênio pela inibição do sistema enzimático responsável pela geração de radicais livres.

A quercetina é o mais abundante flavonoide presente na dieta humana, representando cerca de 95% dos flavonoides ingeridos e, as fontes majoritárias são a cebola (com altas concentrações em sua casca), a maçã, o brócolis, a couve, a vagem, o repolho; exercendo, além da sua atividade antioxidante, um importante papel anti-inflamatório e antialérgico, auxiliando também no tratamento do Diabetes, uma vez que inibe a enzima aldose redutase que converte glicose em sorbitol, melhorando a secreção da insulina; protege as células beta do pâncreas de danos oxidativos e inibe a agregação plaquetária; possui significativa atividade antiviral, inclusive anti-herpes,

além de inibir a formação de tumores. Em bebidas (café, cerveja, achocolatado, vinho branco, sucos), o lugar de destaque é do chá preto, seguido do suco de limão (BEHLING¹⁹).

A quercetina pode inibir o processo de formação de radicais livres em três etapas diferentes: na iniciação (pela interação com íons superóxido), na formação de radicais hidroxil (por quelar íons de ferro) e na peroxidação lipídica (por reagir com radicais peroxi de lipídeos).

Além de todas essas propriedades, a quercetina também atua de forma significativa na falência renal com um aumento de sobrevivência celular, devido a sua ação imunossupressora e nefroprotetora. A grande capacidade antioxidante dos flavonoides é essencial para a manutenção do equilíbrio fisiológico do Sistema Nervoso Central, que exibe metabolismo expressivo, maciçamente exposto ao estresse oxidativo. (DOVICH; LAJOLO²⁰)

A seguir, quadro do teor de flavonoides e flavonas nos alimentos brasileiros.

Quadro 1 – Teores de flavonóis e flavonas em alimentos brasileiros

Fonte:	CONCENTRAÇÃO (µg/g parte comestível)							
	CHÁS	N	Quercetina	Kaempferol	Miricetina	Apigenina	Luteolina	RE F
	Ban-chá	3	2500	1000	1100	Na	na	49
	Boldo (3)	9	1900	2400	nd	Na	na	49
	Camomila(3)	9	700	nd	nd	Na	na	49
	Chá verde(3)	6	3000	1500	1300	Na	na	49
	Chá preto (4)	12	3100	1800	300	Na	na	49
	Erva Cidreira	3	nd	nd	nd	Na	na	49
	Erva Doce	3	nd	nd	nd	Na	na	49
	Erva Mate(3)	9	2600	400	nd	Na	na	49
	Hortelã	3	nd	nd	nd	Na	na	49
	Maçã	3	nd	nd	nd	Na	na	49
	Mate	3	nd	nd	nd	Na	na	49
	Morango	3	400	nd	nd	Na	na	49

Fonte:	CONCENTRAÇÃO (ug/g parte comestível)						
	FRUTAS	N	Quercetina	Kaempferol	Miricetina	Apigenina	Luteolina
Acerola Quintal	6	50	12	nd	Nd	nd	35
Acerola Cv LV	5	41	9	nd	Nd	nd	35
Acerola Cv Olivier	3	53	10	nd	Nd	nd	35
Acerola suco	5	14	4	nd	Nd	nd	35
Acerola polpa	10	23	6	nd	Nd	nd	35
Caju	5	13	tr	20	Nd	nd	35
Caju suco (3)	15	tr	nd	tr	Nd	nd	35
Caju suco conc (3)	15	tr	nd	3	Nd	nd	35
Caju polpa (3)	15	3	nd	5	Nd	nd	35
Figo	5	13	nd	nd	Nd	nd	35
Goiaba vermelha	7	10	nd	nd	Nd	nd	35
Goiaba branca	5	12	nd	nd	Nd	nd	35
Laranja pêra	1	9	nd	nd	Nd	nd	2
Laranja lima	1	8	nd	nd	Nd	nd	2
Laranja pêra	5	3	nd	nd	Nd	nd	35
Laranja Bahia	5	4	nd	nd	Nd	nd	35
Laranja Lima	5	3	nd	nd	Nd	nd	35
Laranja Selecta	4	3	nd	nd	Nd	nd	35
Maçã Fuji	1	4	nd	nd	Nd	nd	2
Maçã Golden D	1	23	nd	nd	Nd	nd	2
Maçã Gala	1	101	nd	nd	Nd	nd	2
Mamão Formosa	3	nd	nd	nd	Nd	nd	35
Manga (todas)	3	nd	nd	nd	Nd	nd	35
Morango Kamar.	3	8	7	nd	Nd	nd	35

MorangoOsoG	3	11	9	nd	Nd	nd	35
Morango Sweet	2	9	8	nd	Nd	nd	35
Murici	5	58	nd	nd	Nd	nd	16
PitangaQuintal	3	62	4	37	Nd	nd	35
Pitanga mercado	4	55	4	31	Nd	nd	35
Pitanga suco	10	22	tr	14	Nd	nd	35
Pitanga polpa	5	25	2	16	Nd	nd	35
Taperebá	5	92	nd	34	Nd	nd	16
HORTALIÇAS							
Alface lisa	2	27	nd	nd	Nd	6	2
Alface L inverno	5	7	nd	nd	Nd	nd	39
Alface L verão	5	10	nd	nd	Nd	nd	39
Alface crespa	2	195	nd	nd	Nd	2	2
Alface C inverno	5	7	nd	nd	Nd	nd	39
Alface C verão	5	31	nd	nd	Nd	nd	39
Alface roxa	2	412	nd	nd	Nd	60	2
Almeirão	2	144	74	nd	23	nd-78	2

Fonte:	CONCENTRAÇÃO (ug/g parte comestível)					
HORTALIÇAS	N	Quercetina	Kaempferol	Miricetina	Apigen	Luteolina
Cebola branca	2	519	nd	nd	Nd	nd
Cebola branca	5	323	nd	nd	Nd	nd
Cebola desidr.	15	nd-1250	nd	nd	Nd	nd
Cebola roxa	2	660	nd	nd	Nd	nd
Cebola r inverno	5	390	nd	nd	Nd	nd
Cebola r verão	5	423	nd	nd	Nd	nd
Couve inverno	5	256	333	nd	Nd	nd
Couve verão	5	399	339	nd	Nd	nd
Espinafre inv.	5	53	145	nd	Nd	nd
Pimentão amar	2	14	nd	nd	Nd	10
Pimentão verd	2	30	nd	nd	Nd	16
Pimentão verm.	2	8	nd	nd	Nd	6
Rúcula(arugula	2	nd-139	724	nd	Nd	nd
Rúcula inverno	5	137	501	nd	Nd	nd
Rúcula verão	5	143	402	nd	Nd	nd
Salsa inverno	5	nd	nd	nd	152	nd
Salsa verão	5	nd	nd	nd	163	nd
Salsa desidr.	20	nd	nd	nd	Nd	22528
Tomate salada	1	5	nd	nd	Nd	nd
Caqui Momotaro	1	13	nd	nd	Nd	nd
“cherry”	1	42	nd	nd	Nd	nd

Fonte: HUBER; RODRIGUEZ-AMAYA²³, 2008

CONCLUSÃO

A Depressão é uma patologia desencadeada por fatores como predisposição genética, doenças sistêmicas, drogas, medicamentos, oscilação hormonal ou acontecimentos traumáticos que levam a uma disfunção bioquímica cerebral com falha na neurotransmissão, atingindo os mediadores bioquímicos responsáveis por conduzir os estímulos na troca de substâncias químicas, íons e correntes elétricas. Merece destaque o déficit nutricional, pois para funcionar adequadamente o cérebro precisa estar bem nutrido.

Nessa esteira, estudos mostram a importância de uma alimentação rica em flavonoides na prevenção e como coadjuvantes no tratamento da mesma. Flavonoides são compostos químicos encontrados em frutas, vegetais, chás, vinho, cacau e trazem inúmeros benefícios a nossa saúde por suas ações anti-inflamatórias, anti-hemorragicas, antialérgicas, anticarcinogênicas, pois combatem os radicais livres e auxiliam na melhora da absorção da Vitamina C. Sua propriedade mais importante é a poderosa ação antioxidante que desintoxica o organismo e fortalece o sistema imune.

Um dos principais flavonoides que desempenha um papel importante e decisivo nas doenças neurodegenerativas como a Depressão é a quercetina, encontrada em grande quantidade na película que envolve a cebola e também na maçã,

no brócolis, na couve, na vagem, no repolho e no vinho tinto. Quanto à recomendação diária, ainda não se tem uma definição exata, estimando-se que uma dieta equilibrada inclua de 25 a 50 miligramas ao dia.

REFERÊNCIAS

1. FLECKA, M. P. A et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 25, n. 2, June 2003.
2. NARDI, A. E. Depressão no ciclo da vida. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 3, Sept. 2000.
3. OLIVEIRA, M. C. et al. Sinais e sintomas sugestivos de depressão em adultos com hipotireoidismo primário. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2001.
4. MONTEIRO, E. O.; MARIN, C. T. Alimentos funcionais. *Grupo Editorial Moreira Jr*, v. 67, Especial Dermatologia, Setor de Cosmiatria, Cirurgia e Oncologia do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo, abr. 2010.
5. GUEDES, Rubem Carlos Araújo; ROCHA-DE-MELO, Ana Paula; TEODOSIO, Naíde Regueira. Nutrição adequada: a base do funcionamento cerebral. *Cienc. Cult.*, São Paulo, v. 56, n. 1, Jan. 2004.

6. JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.
7. GUTMAN, Guilherme. Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nessa ordem. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* São Paulo, v. 13, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000200016>>.
8. MORITZ, B.; MANOSSO, L. M.. Nutrição Clínica Funcional: Neurologia. 1. ed. Coleção Nutrição Clínica Funcional, *VP Editora*, São Paulo, 2013.
9. FRANCIS, J.L; KUMAR, A. Psychological treatment of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am.*, v. 36, n. 4, p. 561-575, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.psych.theclinics.com/article/PIIS0193953X13000877/fulltext>>.
10. LIMA, Dênio. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. Apr. 2004.
11. SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 1999.

12. LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 1999.
13. MORENO, R. Depressão: doença que precisa de tratamento. *Dr. Drauzio*. Seção: Drauzio Entrevista. Disponível em: <<http://drauzioarella.com.br/audios-videos/estacao-medicina/depressao-doenca-que-precisa-de-tratamento>>. Acesso em: 27 set. 2014.
14. CARREIRO, D. M. *Alimentação e distúrbios de comportamento*. 1. ed. São Paulo: Vida e Consciência, 2012.
15. BOTTIGLIERI, T. Folate, vitamin B₁₂, and S-adenosylmethionine. *Psychiatr Clin North Am*. 2013 Mar; 36(1):1-13. doi: 10.1016/j.psc.2012.12.001. Review.
16. YOUNG, S. N.; CHOUINARD, G.; ANNABLE, L. et al: The therapeutic action of tryptophan in depression, mania and aggression. *In: Progress in tryptophan and serotonin research*, New York, 1984.
17. FLOC'H, N. L.; OTTEN, W.; MERLOT, E. Tryptophan metabolism, from nutrition to potential therapeutic applications. *Amino acids*, v. 41, n. 5, p. 1195-1205, Nov. 2011.

18. ALMEIDA, S.R. et al. *Aspectos cognitivos superiores: uma estreita relação com o alimento*. I Encontro Regional de Psicologia do Cesumar, CESUMAR – Centro Universitário de Maringá, Maringá, Paraná.
19. BEHLING, E. V. et al. Flavonoide quercetina: aspectos gerais e ação biológica. *Alim. Nutr. Araraquara*, Araraquara, v.15, n. 3, p. 285-292, 2004.
20. DOVICH, S. S.; LAJOLO, F. M. Flavonoides e sistema nervoso central: doenças do sistema nervoso central. *Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 36, n. 2, p. 123-135, ago. 2011.
21. CANALE, A; FURLAN, M.M.D.P. Depressão. *Arq. Mudi*, v. 10, n. 2, p. 23-31, 2006.
22. ANDRADE, R. S. et al. *Atuação dos neurotransmissores na depressão*. UNIPLAC, 2013
23. HUBER, L. S.; RODRIGUEZ-AMAYA, D. B. Flavonóis e flavonas: fontes brasileiras e fatores que influenciam a composição em alimentos. *Alim. Nutr. Araraquara*, Araraquara, v. 19, n. 1, 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente livro nasceu da aplicação de uma das metodologias ativas da Aprendizagem por Projetos, inspirada em Perrenoud.

Na ânsia por obter maior participação dos alunos e conseqüentemente maior aprendizado por parte deles, propus um trabalho às minhas duas turmas do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Unip (campus Brasília/DF) no primeiro semestre letivo de 2017.

O trabalho consistiu na divisão das turmas em oito grupos, visto haver oito temas no plano de ensino da disciplina. Cada grupo fez uma pesquisa teórica de cerca vinte páginas, transcrevendo as citações e seus respectivos autores. No segundo bimestre, ministrei aulas de técnica de paráfrase, e os grupos transformaram seu trabalho em textos autorais. Por isso, temos dois grupos do mesmo tema, uma vez que são duas turmas.

Além do trabalho, os(as) alunos(as) fizeram normalmente as provas I e II e obtiveram resultados excelentes. Atribuo, inclusive, ao envolvimento com os temas. As aulas expositivas foram dadas por mim, no entanto, os(as) estudantes responsáveis por aquele tema participaram ativamente contribuindo com mais informações, enriquecendo-as. A possibilidade de lançarem um livro em coautoria com o professor gerou um capricho excepcional aos capítulos, e esta dedicação à pesquisa fez com que compreendessem melhor

temáticas tão relevantes à formação pleiteada. Daí as participações tão interessantes e respaldadas.

Cada grupo ficou responsável pela adequação do capítulo às normas vigentes da ABNT e/ou Vancouver, bem como pela revisão linguística dos aspectos gramaticais da Língua Portuguesa, e, ainda, pela responsabilidade intelectual que envolve as questões de direito autoral. De forma que toda a responsabilidade é dos(as) autores(as) de cada capítulo.

Neste livro foram abordados os seguintes temas: Políticas de Nutrição e Assistência Social; Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde; Política Nacional de Assistência Social e sua relação com a área da saúde, da alimentação e da Nutrição; Plano Brasil Sem Miséria; Programa Bolsa Família; Interdisciplinaridade e Intersetorialidade em Saúde; Terceiro Setor e o estímulo às ações intersetoriais; Ações Educativas em Programas de Saúde, Alimentação e Nutrição; e Saúde da Família.

O capítulo 19 “Políticas Públicas de alimentação e nutrição no Brasil: um olhar da década de 30 até o modelo atual do Programa de Transferência Condicionada de Renda” é uma contribuição das professoras Renata Costa Fortes e Adriana Haack, convidadas para compor a obra.

Já o capítulo 20: “Análise da Política Pública do aleitamento materno no contexto da amamentação e seus aspectos nutricionais” é um projeto de pesquisa da Flaviana de Lima Monção, feito sob minha orientação com Trabalho de

Conclusão de Curso I, no curso de Nutrição, da Universidade Paulista (Unip).

Por fim, a obra contou com o capítulo 21, de autoria de Regina Cláudia Gonçalves, nutricionista, especialista em Fitoterapia Funcional e em Nutrição Clínica Funcional, que abordou com excelência o tema “A ação dos flavonóides nos casos de depressão”.

Este livro é o resultado deste projeto de sucesso. Agradeço a todos os(as) alunos(as) que se dedicaram a este trabalho para que conseguíssemos alcançar nossa meta: esta publicação. Que ela seja útil para novos alunos que venham a estudar esta área de conhecimento tão relevante. Agradeço também, e muito, às três autoras convidadas (Regina Cláudia Gonçalves, Renata Costa Fortes e Adriana Haack), que abrilhantaram a obra, dando a oportunidade de co-autoria a todos os(as) alunos(as).

Muito obrigado!

Professor Jonas Rodrigo Gonçalves¹⁸
(coordenador do projeto)

¹⁸ Possui mestrado em Ciência Política (Políticas Públicas); especialização em Letras (Linguística: Revisão de Texto; licenciatura em Letras (Português e Inglês); licenciatura em Filosofia; habilitação em História, Sociologia, Psicologia e Ensino Religioso. Autor de 34 livros técnicos e didáticos. Coordenador de políticas editoriais das faculdades CNA (DF) e Facesa (GO). Atualmente leciona nas faculdades Processus, CNA, Unip, JK e Facesa. É editor-chefe da editora JRG (www.editorajrg.com). Na Faculdade Processus (DF) coordena dois grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Português Jurídico e Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Brasil sem Miséria. Disponível em <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/apresentacao>>. Acesso em 15/05/2014.

_____. MDS. Disponível em <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/>>. Acesso em 15/05/2014.

_____. MDS. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em 15/05/2014.

DICIO. *Dicionário Online de Língua Portuguesa*. Disponível em <<http://www.dicio.com.br/nutriz/>>. Acesso em 24/05/2014.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo, SERPA, Mauro Pinto. *Direito e Políticas Públicas: extrato da pesquisa de programas sociais vigentes em 2012*. Brasília: JRG, 2013.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. *Metodologia Científica e Redação Acadêmica*. 7. ed. Brasília: JRG, 2015.