



RIES

RIES  Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP

RIES, V. 5, Nº1 (11) 2016

**REVISTA
INTERSCIPULAR DE
ESTUDOS EM
SAÚDE**

RIES:

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde ligada ao Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

V. 5 – Nº 1 (11) – 2016

Editor:
Joel Haroldo Baade

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador -SC

R454r

Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade
Alto Vale do Rio do Peixe. v. 5, nº 1. 2016. Caçador (SC): UNIARP,
2016.

Semestral (online)
ISSN: 2238-832X

1. Saúde. 2. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP
- Periódico. I. Título.

CDD: 610.05

Editor(a)

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Adriana Romão, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil

Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Prof. Dr. Everaldo da Silva, IBES/SOCIESC, Blumenau, SC Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Dr. Kleber Prado Filho, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Dr. Leonardo de Paula Martins, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Centro Universitário Católica de Santa Catarina - Joinville, SC, Brasil

Profa. Dra. Patricia Aparecida Batista Schepman, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, Estados Unidos da América do Norte

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Comissão Científica ad hoc

Adalberto Alves de Castro (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Adelcio Machado dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriana Romão (Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil), Adriano Luiz Maffessoni (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriano Slongo (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Aline Aparecida Foppa (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Amaryllis Tavares (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ana Cláudia Lawless Dourado (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Carneiro Canalle (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Frigeri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Andréa Andrade Alves (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Anielle de Vargas (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Carazinho, RS, Brasil), Antonio Pedro Tessaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Bianca Schweitzer (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil, Carolina Carbonell Demori (Universidade da Região da Campanha – URCAMP, Bagé, RS, Brasil), Caryna Eurich Mazur (Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, PR, Brasil), Cíntia Martins (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil), Claudio Sergio Costa (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Claudriana Locatelli (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Clayton Luiz Zanella (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Cristianne Confessor Castilho Lopes (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniele Botelho Vinholes (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC, Criciúma, SC, Brasil), Danielly de Brito Andrade (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Diogo Gonçalves de Oliveira (Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM), Eliabe Rodrigues de Medeiros (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil), Emyr Hiago Bellaver (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Everaldo da Silva (Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES/SOCIESC, Blumenau, SC, Brasil), Fabiana Meneghetti Dallacosta (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Fábio Boeing (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Fátima Noely da Silva (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Genéia Lucas dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Iara Bezerra Batista Lessa (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Iedo Silva (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Izabel Cristina Ribas Rodrigues Calliari (Centro Universitário de União da Vitória - UNIUV, União da Vitória, PR, Brasil), Izabel Cristina Santiago Lemos (Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, CE, Brasil), Jadson Justi (Universidade de Rio Verde - FESURV, Rio Verde, GO), João Felipe Peres Rezer (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Joel Cezar Bonin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Jorge Luiz Velasquez (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Katherinne Barth Wanis Figueirêdo (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil), Katiúscia Marcon Romão (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Kleber Prado Filho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Larisse Miranda de Brito (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Cruz das Almas, BA, Brasil), Lenir Rodrigues Minghetti (Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, SC, Brasil), Leonardo de Paula Martins (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil), Leyza Paloschi de

Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ligia Beatriz Bento Franz (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Ijuí, RS, Brasil), Lisie Alende Prates (Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Livia Filla Nunes (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre (Centro Universitário Católica de Santa Catarina – Joinville, SC, Brasil), Lucas Vieira Dutra (Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE), Luciane Angela Nottar Nesello (Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil), Lucimar Filot da Silva Brum (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Marcus Vinicius Kvitschal (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Maria Aparecida (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Maria Elisabeth Kleba (Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO, Chapecó, SC, Brasil), Marialva Linda Moog Pinto (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mariangela Kraemer Lenz Ziede (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marilene Boscarri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marileusa Carvalho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mario Bandiera (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marivane Lemos (Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - FCFRP/USP), Patricia Aparecida Batista Schepman (Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, EUA), Patrícia Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paula Brustolin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paulo Autran Leite Lima (Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju, SE, Brasil), Raul Sousa Sousa Andreza (Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil), Resende Diniz Acioli (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Roberta Aparecida Varaschin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, BRASIL), Roberta Borghetti Alves (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Robson José de Souza Domingues (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Roger Francisco Ferreira de Campos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rose Santos Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemari Santos de Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemery Andrade (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Sandoval Alencar da Silva (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil), Siham Abdel Amer (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Talize Foppa (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tarso Waltrick (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tathiana Carla Gelinski (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Valéria Marques Ferreira Normando (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Vilmair Zancanaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Wanderléia de Oliveira Tragancin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil).

Capa

Denise Bolzan Barpp

Taise de Almeida

Editoração Eletrônica

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Bibliotecária

Célia de Marco

RIES – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

Missão: Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

Indexação: 1) Diretórios de revistas: - Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT); - Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais; - Periódicos de Livre Acesso na Internet - LivRe- <http://livre.cnen.gov.br>; - Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal); - Open Archives – OAI Register Data Providers. 2) Índices (Index) ou Bibliografias (Abstracts): - Portal de Periódicos da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP; - Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP; - Sumários.org; 3) Serviços de coleta de metadados: - Google Scholar

SUMÁRIO

EDITORIAL (Joel Haroldo Baade).....	9
ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE	
INTERSETORIALIDADE: CONHECIMENTO DOS GESTORES E A SUA APLICABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (Deliana Dall'Orsoletta, Paula Brustolin Xavier)	12
EVOLUÇÃO DA REDE DE DROGARIAS FARMAGNUS EM SANTA CATARINA/SC (Giancarlo Geremias, Everaldo da Silva, Ivan Dagoberto Faoro)	21
CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES (Izabel Cristina Santiago Lemos, Marta Regina Kerntopf, George Pimentel Fernandes)	36
O SIGNIFICADO CULTURAL DA MATERNIDADE PARA MÃES ADOLESCENTES (Carolina Carbonell Demori, Lisie Alende Prates, Camila Neumaier Alves, Laís Antunes Wilhelm, Luiza Cremonese, Críslen Malavolta Castiglioni, Marilu Correa Soares, Lúcia Beatriz Ressel)	47
ESTRATÉGIAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA (Erielson dos Santos Bossini, Kátia Simone Kietzer, Renato da Costa Teixeira, Robson José de Souza Domingues)	57
A PRÁTICA DA MEDICINA TRADICIONAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO DOS TEMPOS COLONIAIS (Maysa de Oliveira Barbosa, Izabel Cristina Santiago Lemos, Marta Regina Kerntopf, George Pimentel Fernandes)	65
AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICO-QUÍMICAS DA ÁGUA DA CHUVA EM DIFERENTES PONTOS NO MUNICÍPIO DE CAÇADOR – SC (Marizete Muller Martins, Leyza Paloschi Oliveira, Bianca Schweitzer)	78
REABILITAÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	
CREATINE KINASE LEVEL IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE TREATED WITH HYDROTHERAPY (Elane Cristina Souza, Maria Lúcia da Silva Ribeiro, Paulo Eduardo Santos Avila, Valéria Marques Ferreira Normando)	95
MIELITE TRANSVERSA: ESTUDO DE CASO COM ÊNFASE NA RESPOSTA FUNCIONAL E RESPIRATÓRIA FRENTE À INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA (Flavianne de Menezes Seixas, Josilene Ribeiro Lobato, Renata Amanajás de Melo, Paulo Eduardo Santos Avila, Valéria Marques Ferreira Normando)	105
RESTRIÇÃO CALÓRICA X LONGEVIDADE: BASES CIENTÍFICAS PARA UMA VIDA LONGA E SAUDÁVEL (Fábia Benetti, Emanuelli Wegner, Dionara Simoni Hermes Volkweis, Tais Fátima Soder)	113
FARMÁCIA E SAÚDE	
AVALIAÇÃO DO EFEITO DE DERIVADOS DO ÁCIDO HIDROXÂMICO NA VIABILIDADE CELULAR DE MICRO-ORGANISMOS CAUSADORES DE DOENÇAS BUCAIS (Nathália Lima Caldas, Leandro Araujo Lobo, Regina Maria Cavalcanti Pilotto Domingues, Alane Beatriz Vermelho, Giseli Capaci Rodrigues)	127

ESTÉTICA E SAÚDE

EXTRATO HIDROALCÓOLICO DE *LACTARIUS DELICIOSUS* INCORPORADO À DIFERENTES VEÍCULOS COSMÉTICOS PARA TESTES DE ESTABILIDADE (Jaqueline Maisa Franzen, Jessica Camile Favarin, Talita Regina Granemann Nunes, Talize Foppa) 137

TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

A PERCEPÇÃO DA GESTANTE ADOLESCENTE ACERCA DO PROCESSO DE PARTO E CUIDADOS COM O RECÉM – NASCIDO (Jéssica Ramos Matos, Samara Matos dos Santos, Elisete Rossato Rick, José Otávio Feltrin, Maria Tereza Soratto) 147

DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (Rubia Carla Borges da Costa, Luciane Bisognin Ceretta, Maria Tereza Soratto) 162

O ESTRESSE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO (Maria Tereza Soratto, Maíra Pereira de Souza, Silvia Barbosa Mattos, Luciane Bisognin Ceretta, Karin Martins Gomes, Sonia Maria Correa)..... 179

EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras de RIES,

Com satisfação trazemos à tona mais um número do periódico, que completa o seu quinto ano de existência. O grande número de submissões recebidas neste último ano é indicativo da solidez da revista e a sua contribuição acadêmica em âmbito cada vez mais abrangente tem sido reconhecida pelo Qualis Capes com boas avaliações em distintas áreas.

Cabe um agradecimento às autoras e aos autores que encaminharam os seus textos para avaliação, dos quais apenas uma pequena parcela pode ser contemplada no presente número. Pedimos a compreensão e paciência aos que ainda não têm um parecer favorável em relação às suas submissões; esperamos que em breve também os seus textos possam integrar um número. A qualidade dos textos é uma preocupação do conselho editorial da revista, mas o que às vezes se torna oneroso aos profissionais dirigentes da revista, levando em consideração especialmente o caráter voluntário do trabalho da maioria destas pessoas.

Nesse sentido, é preciso agradecer e reconhecer de modo muito especial o trabalho dos avaliadores. Estes trabalhadores anônimos fazem toda a diferença para a construção de um periódico de qualidade. O certificado de trabalho técnico oferecido a eles e elas é apenas uma tentativa de recompensar o seu valioso trabalho. Por isso, aproveitamos a oportunidade para convidar mais pessoas a se engajarem na causa da revista, cadastrando-se como avaliadoras. Contribuir para o avanço da qualidade da ciência no Brasil através da produção científica qualificada é um imperativo; e é necessário o engajamento de toda a comunidade científica nesse propósito. A avaliação de submissões também é oportunidade para crescimento pessoal, pois pode-se tomar contato com a produção científica mais recente nas áreas de interesse. A avaliação por pares reforça o caráter intersubjetivo e dialógico da construção do conhecimento.

No presente número, apresentamos aos leitores e leitoras quinze textos, distribuídos em cinco seções da revista. A primeira seção, Estudos Interdisciplinares em Saúde, possui sete textos. Os dois primeiros textos refletem as relações entre gestão e saúde. Os dois textos seguintes debatem o tema da cultura e antropologia e sua relação com a saúde. Na sequência, aborda-se o tema da formação do fisioterapeuta, em que se ressalta especialmente a dimensão pedagógica da formação nas áreas de saúde. Um resgate histórico da medicina tradicional no Brasil é o texto seguinte, ressaltando as contribuições da disciplina histórica para a saúde. A seção é encerrada com um texto que avalia as características físico-químicas da água em uma cidade do meio oeste catarinense.

Na seção Reabilitação, Saúde e Qualidade de Vida há três textos. O primeiro é um estudo sobre as contribuições da hidroterapia no tratamento de obstrução pulmonar crônica. O segundo texto é uma análise sobre a intervenção fisioterapêutica em casos de mielite transversa. Por fim, a seção apresenta um artigo com os resultados de pesquisa

sobre a relação entre restrição calórica e longevidade.

Farmácia e Saúde é a seção seguinte, na qual é apresentado o estudo da avaliação do efeito de derivados de ácido hidroxâmico na viabilidade celular de micro-organismos causadores de doenças bucais.

A quarta seção, Estética e Saúde, contém o texto que analisa a incorporação de extrato hidroalcoólico de *lactarius deliciosus* à diferentes veículos cosméticos para testes de estabilidade.

A quinta e última seção, Teorias e Práticas em Enfermagem, por sua vez, traz à lume três estudos. O primeiro reflete sobre as percepções da gestante adolescente acerca do processo de parto e cuidados com o recém-nascido. O segundo estudo analisa os desafios enfrentados por enfermeiros no atendimento de urgência e emergência na estratégia saúde da família. Por fim, encerrando o número, apresenta-se um artigo estudando o estresse em equipes de enfermagem em centros cirúrgicos.

Com votos de boas leituras,

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade
Editor

**Estudos
Interdisciplinares em
Saúde**

INTERSETORIALIDADE: CONHECIMENTO DOS GESTORES E A SUA APLICABILIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Intersectoral: Knowledge of managers and their applicability in public health policies

Deliana Dall'Orsoletta¹
Paula Brustolin Xavier²

Recebido em: 15 fev. 2016
Aceito em: 24 mai. 2016

RESUMO: Entendendo a intersectorialidade como a articulação de diferentes saberes para alcançar resultados integrados, no caso da gestão em saúde, esta ação intersectorial faz parte da política pública de saúde, estando nas suas normativas legais. O objetivo do estudo foi analisar a partir do conhecimento dos gestores municipais de saúde o que é a intersectorialidade e a sua aplicabilidade na gestão pública em saúde. Participaram doze gestores municipais de saúde dos municípios do Meio Oeste Catarinense, nos meses de agosto e setembro de 2015. Foi utilizado um questionário para analisar o que os gestores de saúde compreendiam de intersectorialidade e como a utilizavam na gestão; o instrumento de coleta de dados foi autoexplicativo, contendo doze questões. Os dados foram analisados e categorizados utilizando-se a análise de conteúdo. Os resultados indicam que a maioria dos gestores municipais de saúde compreendiam o que é a intersectorialidade, contudo ao serem questionados sobre a sua efetividade na saúde pública referiram ações multisetoriais, como sendo intersectoriais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Ação Intersectorial. Políticas Públicas. Saúde Pública.

ABSTRACT: Understanding the intersectionality as the articulation of different knowledge to achieve integrated results in the case of health management, this intersectoral action is part of public health policy, being in statutory regulations. The aim of the study was to analyze from the knowledge of local health managers which is intersectoral and its applicability in public health management. Participated in twelve municipal health managers of the municipalities in the Midwest of Santa Catarina, in the months of August and September 2015. A questionnaire was used to analyze what health managers comprised of intersectionality and as used in the management; the data collection instrument was self explanatory, containing twelve questions. The data were analyzed and categorized using content analysis. The results indicate that most local health managers understand what is the intersectionality, but when asked about their effectiveness in public health mentioned multisectoral actions, as intersectoral.

¹ Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina campus Joaçaba, especialista em Gestão Pública em Saúde pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina - IFSC e graduada em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Psicóloga da Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina. E-mail: deliana_psico@hotmail.com.

² Doutoranda em Saúde Coletiva pela UNISINOS, Mestre em Saúde coletiva pela UNOESC, especialista em Enfermagem do Trabalho pela UnC, especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora titular da Universidade do Oeste de Santa Catarina, professora titular da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e enfermeira da Prefeitura Municipal de Caçador no setor de Vigilância em Saúde (área epidemiologia). E-mail: paula.xavier@unoesc.edu.br.

||| Keywords: Health Management. Intersectoral action. Public policy. Public health.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira trouxe modificações importantes para a área da saúde. Dentre os fatos que marcaram esse processo, têm-se: no ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde com reivindicações como: o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão do atendimento a todos os cidadãos e a associação da medicina previdenciária à saúde pública, formando um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em 1988, com a Constituição Federal que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo este o fundamento legal para a criação do SUS (Sistema Único de Saúde). A consolidação do SUS ocorre a partir de 1990, e com isso se solidificam os princípios da: universalização, da equidade e da integralidade (COHN, 2009). A integralidade é o princípio que faz uma alusão importante para a intersectorialidade, com vistas na própria Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 2015). Contudo, antes de se falar em intersectorialidade, cabe destacar o que é a setorialização, ou a política pública fragmentada. Para Bernardi et al., (2010), as ações de forma fragmentada, fazem com que uma mesma família seja atendida por diferentes setores para fins idênticos, o que não otimiza os recursos públicos. Assim, surge a proposta da intersectorialidade, a qual, articula os diferentes setores para atingir o mesmo objetivo.

De acordo com Bronzo (2010), a intersectorialidade é uma estratégia de gestão que busca de forma articulada e coordenada implementar políticas governamentais. A autora atenta para os mecanismos que tornam essa estratégia possível, por exemplo, com uma gestão em rede, tendo como foco o território e a família. Para Azevedo et al. (2012), a intersectorialidade busca parcerias entre diferentes setores (instituições), para que trabalhem unidos em prol de objetivos afins, formando uma unidade, apesar das: “diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização” (AZEVEDO, et al., 2012, p. 1336).

Como mencionado anteriormente pelos diferentes autores, o trabalho intersectorial visa garantir a integração dos conhecimentos, bem como, a articulação e compartilhamento de experiências a fim de constituir redes para interagir na realidade local de maneira mais efetiva e eficiente. Partindo dessa necessidade a pesquisa buscou analisar o conhecimento dos gestores de saúde acerca do termo intersectorialidade e o seu uso junto as políticas públicas de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa da qual analisou o conhecimento dos participantes/gestores sobre o termo intersectorialidade e a sua aplicabilidade dentro da política pública de saúde, usando como base de dados a análise

de conteúdo. Participaram da pesquisa doze gestores municipais de saúde dos municípios do Meio Oeste Catarinense, nos meses de agosto e setembro de 2015. A pesquisa foi estruturada por meio de um questionário composto por doze questões – a primeira parte para identificação do perfil dos gestores; na segunda parte as variáveis envolvidas foram: conhecimento acerca do termo intersetorialidade, ações intersetoriais desenvolvidas, relevância da intersetorialidade para a gestão pública em saúde. O mesmo foi elaborado pela pesquisadora e a orientadora, e foi previamente validado no sentido de que não existissem alterações após o início da pesquisa. A validação ocorreu com estudantes de diferentes áreas de conhecimento do curso de especialização em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Utilizou-se como base de escolha, os municípios que fazem parte da região da AMMOC (Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense). A AMMOC compreende treze municípios, são eles: Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval D'Oeste, Ibicaré, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro, Tangará, Treze Tílias e Vargem Bonita (AMMOC, 2015).

A pesquisadora entrou em contato (via correio eletrônico e/ou contato telefônico) com os gestores municipais de saúde da região da AMMOC e explicou os objetivos da pesquisa. Para os gestores que tivessem interesse em participar se procedeu com o agendamento de visita na Unidade de Saúde de cada município e após assinatura do Termo (TCLE), foi aplicado o questionário. Cabe destacar, que um dos questionários aplicados não foi utilizado, pois não cumpriu com os critérios estabelecidos na coleta, pois o sujeito (gestor) estava a menos de trinta dias no cargo gestor de saúde. Por isso a pesquisa ficou pautada nas respostas de doze gestores correspondendo a doze municípios da AMMOC, dos treze pertencentes a região.

Este estudo foi realizado conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - Res. CNS 466/2012. Os gestores somente foram submetidos ao questionário com prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para preservar o sigilo de que trata as normas regulamentadoras da referida resolução, os participantes foram denominados por códigos alfanuméricos (G1, G2,...) - gestores municipais de saúde. Os dados obtidos durante a pesquisa foram utilizados apenas para os objetivos desta, mantendo-se o anonimato dos participantes. O projeto foi encaminhado para o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNOESC/HUST, o qual obteve parecer favorável sob o número 1.167.530.

A análise dos dados foi obtida por meio da transcrição das respostas levantadas nos questionários e foram processadas por meio do uso do programa Microsoft Excel, bem como, as questões abertas foram analisadas a partir das respostas, utilizando o método da análise do conteúdo. Para Franco (2005), na análise de conteúdo o ponto de partida é a mensagem, independentemente de ser verbal ou escrita, para isso foi realizado primeiramente a leitura flutuante, e em seguida a categorização das respostas que mais se assemelhavam, para então analisar o teor da mensagem repassada pelo participante da pesquisa. Para tanto, as perguntas do questionário foram definidas preliminarmente.

Para Bardin (2010), a organização da análise de conteúdo se baseia em três

etapas, são elas: 1^a- a pré-análise, 2^a- a exploração do material, 3^a- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise se baseia na organização do material, o projeto em si. A exploração do material se baseia na aplicação do que tinha sido anteriormente determinado. A última fase foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação que se constituiu em como os resultados foram analisados e tratados. As repostas para as questões abertas foram anotadas primeiramente em sua forma discursiva espontânea, para então serem categorizadas de acordo com os seus núcleos de sentido, relacionados assim aos assuntos definidos previamente.

O uso desses procedimentos metodológicos permitiu a realização de uma análise sistemática dos dados coletados de forma que após esta análise fosse possível a categorização e o relacionamento entre os conceitos. Dessa maneira, esta relação entre os conceitos e os dados coletados seguiu o rigor científico, pois objetivou a produção de informações e conhecimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo doze gestores da região da AMMOC. Dessa forma, os dados que seguem correspondem à doze dos treze municípios pertencentes a AMMOC.

Dos gestores envolvidos na pesquisa, o perfil encontrado foi de 50% (6 gestores) do gênero masculino e 50% (6 gestores) do gênero feminino. Diferentemente do disposto em estudos como de Rissardi e Schaffrath (2014), nos quais indicam uma desigualdade entre os gêneros no mercado de trabalho, na presente pesquisa evidenciou-se uma equiparação entre os gêneros.

A variável idade foi classificada em quatro faixas assim distribuídas: Entre 30 a 40 anos 16,6% (2 gestores), de 41 a 50 anos 33,3% (4 gestores), entre 51 a 60 anos 25% (3 gestores), de 61 a 70 anos 16,6% (2 gestores) e 1 gestor não respondeu representando 8,3% da amostra. A média de idade foi de 44 anos. Corroborando com estudo de Rissardi (2015), realizado com 11 gestores da região da AMARP (Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe) com maior número de respondentes na faixa de 50 a 60 anos.

Com relação a escolaridade, 33,3% (4 gestores) tinham ensino médio completo como maior titulação, 25% (3 gestores) ensino superior incompleto, 16,6% (2 gestores) ensino superior completo e 25% (3 gestores) possuíam especialização. Esses dados convergem com os de Rissardi (2015), os gestores tendo a maioria ensino médio completo com relação ao grau de escolaridade.

Em relação ao tempo de atuação como gestor verificou-se que a maioria dos gestores, 41,6% (5 gestores) atuavam há cerca de 3 a 4 anos. Há menos de 1 ano (mais de trinta dias) haviam 25% (3 gestores). No período de 4 a 5 anos tinham 16,6% (2 gestores) e na categoria outros tinham 16,6% (2 gestores). Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2006), verificou-se que na região Centro-Oeste houve maior percentual de mudança de gestores (86,6%), e nas regiões Sul e Sudeste, este percentual foi menor (66,6%).

Cerca de 58,3% (7 gestores) atuavam em outra política pública além da saúde, sendo a maioria gestor(a) de assistência social e um deles, além de saúde, assistência social, também era gestor de habitação. Contudo, referiram como uma dificuldade para articular as ações intersetoriais devido à sobrecarga de trabalho por atuarem em mais de uma política pública.

Dos doze gestores pesquisados, 83,3% (10 gestores) já conheciam ou ouviram falar do termo intersectorialidade, e 16,6% (2 gestores) não tinham conhecimento sobre o termo.

Tabela 1 – Significado do termo intersectorialidade para os gestores municipais de saúde da região da AMMOC.

Gestores Significados	Nº	%
Relacionados ao trabalho com outros setores		
*Trabalho em conjunto em busca de um mesmo objetivo;		
*Ações desenvolvidas com envolvimento de outros setores, com objetivo de obter maior impacto sobre condições de vida da população de um determinado território;	9	75
Relacionados com a integralidade entre setores		
*Integralidade entre setores	1	8,3
Não sabem o que era intersectorialidade	2	16,6

Fonte: (Dall’Orsoletta, 2015)

Observou-se que os gestores traziam a ideia da intersectorialidade, corroborando assim como visto por autores como Azevedo et al. (2012) e Bronzo (2010). Os autores referiram a intersectorialidade como um trabalho de integração com outros setores, como uma nova forma de planejamento para gerir as políticas públicas, como sendo um trabalho em conjunto. É importante mencionar que os gestores abordaram sobre os “atores” envolvidos na intersectorialidade, mas não especificaram em quais processos esses participam (planejamento, execução e/ou avaliação).

Os respondentes, em sua maioria, afirmaram conhecer ou ouviram falar do termo intersectorialidade (10 gestores), referiram que ela acontecia na política pública de saúde dos seus municípios. No entanto, cabe inferir aqui que a intersectorialidade acontecia conforme cada gestor interpretava esta ação intersectorial no seu município. Estudos sugerem que as propostas intersectoriais interessam a saúde, pois para a resolução dos problemas da área verificam-se que estes exigem novas estratégias para dirimi-los, ultrapassando a área da saúde, como exemplo: agravos não-transmissíveis e a mortalidade por causas externas (AZEVEDO et al., 2012).

Os gestores descreveram de que maneira especificamente ocorria a intersectorialidade nos seus municípios, entretanto conceituar o termo é diferente de saber como ele se operacionaliza no cotidiano da gestão pública em saúde (FRACOLLI et al., 2010). Sendo assim, 41,6% (5 gestores) relacionaram com ações e projetos desenvolvidos em parcerias com outros setores. Como se pode observar nas respostas a seguir:

Parcerias com outros setores. Por exemplo: educador físico, saúde bucal. Através das academias ao ar livre. Projetos com a secretaria de urbanismo, parcerias com a vigilância

sanitária, orientação as famílias, etc.(G1)

Através de projetos que envolvem: saúde, educação, obras, urbanismo, assistência. (G4)

Através do trabalho integrado entre as secretarias, como por exemplo: o Programa da saúde na escola, saúde bucal e outros. (G5)

Projetos e programas entre secretarias afins (saúde, educação, assistência). (G6)

Trabalhamos assuntos como violência com outras secretarias, CREAS, CRAS, CAPS, também temos o projeto Saúde na Escola envolvendo diversas áreas, e parceria com outros municípios como a rede de Assistência.(G7)

Outros 33,3% (4 gestores) apontaram a resolução dos problemas por demanda espontânea como forma de efetivação da intersetorialidade, ou seja, quando surgia algum problema, que eram identificadas demandas que extrapolassem as ações na área da saúde eram realizadas ações em conjunto com outros setores. E 8,3% (1 gestor) colocaram como a prevenção de agravos à saúde como forma de ação da intersetorialidade. E 16,6% (2 gestores) não sabiam o que era a intersetorialidade e nem se ocorria no município. Além disso, a intersetorialidade foi relatada como prática da atividade pública, sem vinculação com a iniciativa privada, para Cunill-Grau (2014) a intersetorialidade é esta integração de vários setores, porém não somente os vinculados ao governo.

Com relação a importância do trabalho da intersetorialidade na resolutividade dos problemas de saúde, obtiveram-se respostas semelhantes. Como por exemplo, a agilidade e eficiência do trabalho por meio da ação intersetorial. Como foi possível verificar nas respostas:

Acompanhamento e comprometimento entre os diversos órgãos da administração municipal (assistência social, urbanismo, educação, cultura e esporte), no cumprimento de suas metas. Secretaria de Agricultura com alimentação saudável. Reuniões nos assentamentos. (G3)

Cada setor tem um ponto de vista colaborando para a busca de soluções. Na verdade, vê-se o indivíduo como um todo. (G4)

O trabalho desenvolvido é otimizado através das ações intersetoriais e potencializa os resultados. (G5)

Melhor resolutividade, sozinhos não conseguimos resolver, dependemos de outros setores, outras especialidades. (G7)

É uma forma de fazerem os problemas ou soluções, é uma maneira mais eficaz de chegar a uma solução mais rápida e eficaz. (G10)

Dessa forma, cerca de 66,6% (8 gestores) relacionaram o trabalho intersetorial como o atendimento com maior rapidez e eficiência para os problemas de saúde. 8,3% (1 gestor) identificaram essa relação no trabalho em rede, por meio de discussão e o entendimento comum dos problemas. E outros 8,3% (1 gestor) relacionaram esse trabalho como sendo uma “atenção melhor para a população” (G2). E 16,6% (2 gestores) não responderam a questão por desconhecerem o termo intersetorialidade.

Importante frisar de como os gestores identificaram essa relação da intersetorialidade para a resolução dos problemas de saúde; observou-se interpretações errôneas, como por exemplo, pensar que práticas “multisetoriais” fossem chamadas de intersetoriais. Existe uma diferença nessa questão, pois a intersetorialidade sugere coparticipação efetiva - fazer parte de todo o processo (gestão, produção, etc.), enquanto que na prática multisetorial existe o comparecimento de vários setores para a resolução de

um problema (DIAS et al., 2014).

Para Nascimento (2010), a intersetorialidade pode ser de diferentes modelos, entre eles, um modelo descendente fará com que os diferentes setores/atores atuem para atendimento de uma meta, um objetivo, mas isso não significa que posteriormente a esta ação não aja um momento de reflexão sobre aquela demanda.

Conforme observado nas respostas dos gestores, a maioria, apontou a agilidade e eficiência no atendimento como relação entre a intersetorialidade e a resolução dos problemas de saúde. Porém, os gestores ao elaborarem as ações de saúde, não deveriam ter como foco os desejos da população, assim o gestor necessitaria encontrar o contraponto, entre o que é desejo e o que são necessidades da população, essas que nem sempre estão ou estiveram compreendidas na decisão (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DA SAÚDE, 2007).

A proposta da intersetorialidade é relevante, mas é preciso analisar as dificuldades enfrentadas isoladamente em cada setor, por exemplo, na própria gestão pública em saúde – entre as equipes de saúde. Como apontam Zanchett e Dallacosta (2015), a saúde é uma área interdisciplinar, porém as instituições tem encontrado dificuldade para integrar os próprios profissionais nesse contexto; referem que o gestor pode oportunizar essa integração nas reuniões de equipe, mas nem sempre o fazem.

Por meio dos dados apresentados, verificou-se uma ação intersetorial aquém do que previsto nas próprias legislações de saúde. Entretanto, algumas dessas ações estão no início como referiram os gestores e alguns acreditam que não se faz a intersetorialidade pelo gestor, mas sim pelos demais “atores da saúde” (G4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo evidenciou-se que os gestores municipais de saúde da região da AMMOC, em sua maioria conheciam ou já ouviram falar do termo intersetorialidade. Reconheciam a intersetorialidade, em geral, como a integração e envolvimento de diferentes setores para um objetivo comum, corroborando com a literatura sobre o assunto.

Existiram divergências com relação a aplicabilidade da intersetorialidade dentro da política pública de saúde. Enquanto alguns gestores pensaram em ações multisetoriais como sendo intersetoriais, mesmo quando essas eram apenas por demanda. De acordo com os relatos as ações aconteciam com um único propósito de atender a demanda, mas sem a reflexão ou a avaliação posterior. Um exemplo, pautado em um dos relatos foi sobre o empréstimo de veículo para atendimento por outra secretaria/setor.

Outros relataram que com a intersetorialidade existiria a possibilidade de uma gestão mais próxima das necessidades da população, por meio de projetos e ações com a efetiva participação de outros setores, além da saúde. Entretanto não comentaram da participação da população, por exemplo. Ou ainda, na maioria dos discursos, a

intersectorialidade apresentou-se dentro da gestão municipal - com os setores da administração pública (assistência social, educação, habitação, urbanismo, administração, etc.), sendo que um gestor mencionou da participação de outros municípios, como uma ação intersectorial. E nenhum gestor mencionou da iniciativa privada participando de ações intersectoriais.

Observou-se na pesquisa que a grande maioria dos gestores não atuavam apenas como gestores de saúde, mas concomitante a este trabalho, eram gestores de assistência social e habitação. Na prática isso foi percebido pelos gestores como limitador das ações intersectoriais, em grande parte, devido à sobrecarga de trabalho e não como facilitador para mediar essas ações.

Nesse sentido o grande desafio da intersectorialidade está em efetivamente conhecer a sua aplicabilidade na gestão pública em saúde e quem são os verdadeiros atores da área que deverão assumir essa responsabilidade. Vale destacar que nesta pesquisa não ficou contemplado quais são os atores envolvidos na gestão pública em saúde, pois conforme apontamentos dos próprios gestores, nem sempre é na figura do gestor ou somente nele que ocorre o planejamento.

Com relação ao termo intersectorialidade verificou-se que os gestores tem ideia de sua conceituação, convergindo com a literatura sobre o assunto. Contudo ao se relacionar com a legislação de saúde (Lei 8.080/1990) e sua aplicabilidade dentro da integralidade das ações de saúde, tem-se divergência ao pensarem que ações multisetoriais e/ou por demanda sejam ações intersectoriais.

Finalmente, verifica-se como um dos limitadores dessa ação intersectorial a capacitação e aprimoramento do conhecimento dos gestores de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Assim, para uma gestão pública em saúde que dê conta das metas e proposições previstas na Lei 8.080 de 1990, faz-se necessária a integração com outras políticas públicas, tendo como modelo a intersectorialidade, com a qual o trabalho e as responsabilidades são divididas e todos estão direta ou indiretamente envolvidos – nos diferentes processos: planejamento, execução e/ou avaliação.

REFERÊNCIAS

AMMOC. **Histórico da AMMOC**. Disponível em: <

<http://www.ammoc.org.br/conteudo/?item=2520&fa=2513>>. Acesso em 04 jun. 2015.

AZEVEDO, Elaine de. *et al.* Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n° 4, p.1333-1356, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. ed., rev. e atual. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2010.

BERNARDI, Adriana Pigatto et al. Intersectorialidade: um desafio de gestão em Saúde Pública. **Rev. Saúde e Transformação Social**. Florianópolis, v. 1, n° 1, p. 137-142, 2010.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lex:** PLANALTO.GOV.BR. Legislação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 04 jun. 2015.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Rev. planejamento e políticas públicas**, n.º 35, 2010.

COMERLATTO, Dunia *et al.* Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n.º 2, p. 265-271, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.º 7, p.1614-1619, 2009.

CUNILL-GRAU, Nuria. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. **Gestión y Política Pública**, v. 23, n.º 1, p. 5-46, 2014.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.º 11, p. 4371-4382, 2014.

FRANCO, Maria Laura P. Barbosa. **Análise do conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestores do SUS: olhares e vivência**. Brasília: 2006.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.º 101, p. 95-120, 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n.º 1, p.15-35, 2014.

RISSARDI, Viviam Fiabane. **Gestão Pública: Perfil Profissional dos Gestores Municipais de Saúde nos Municípios da AMARP**. 2015. 79f. Monografia (Especialização em Gestão e Controle no Setor Público). Unoesc, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Videira.

RISSARDI, Viviam Fiabane; SCHAFFRATH, Evaldo. Mercado de trabalho: desigualdades de gênero e enfrentamento ao conflito. **Revista Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 5, n.º 2, p.187-194, semestral, jul./dez. 2014.

ZANCHETT, Sabrina; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Percepção do profissional da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção básica. **RIES**, Caçador, v. 4, n.º 2, p. 145-153, 2015.

EVOLUÇÃO DA REDE DE DROGARIAS FARMAGNUS EM SANTA CATARINA/SC

Evolution of Farmagnus Drugstores in Santa Catarina

Giancarlo Geremias¹
Everaldo da Silva²
Ivan Dagoberto Faoro³

Recebido em: 25 mai. 2016

Aceito em: 01 jul. 2016

RESUMO: A franquia é uma alternativa empreendedora viável a ser utilizada para o lançamento de produtos e serviços no mercado. A adesão ao sistema de franquias tem sido utilizada em vários setores incluído o de Farmácia para melhorar sua competitividade. O presente trabalho é, indiscutivelmente, limitado: o objetivo é, apenas, apresentar a evolução no número de farmácias associadas da Rede de Drogarias Farmagnus no Estado de Santa Catarina. A rede cresce regionalmente ano a ano, passando de 8 (oito) farmácias, desde a sua fundação em 2011, para 87 farmácias em 2012, 137 farmácias em 2013, 158 farmácias em 2014 e 165 farmácias em 2015. A metodologia utilizada foi exploratória e bibliográfica, procurando evidenciar a importância da divulgação das vantagens de uma franquia. A defesa do franqueado como razão da existência de uma franquia exige a melhoria do negócio do franqueado, fato que fez a diferença para o crescimento da Rede de Franquias Farmagnus.

Palavras-chave: Farmácia. Franquia. Trade.

ABSTRACT: Franchise is a viable entrepreneurial alternative to be used to launch products and services to market. Joining the franchise system has been used in various sectors including Pharmacy to improve their competitiveness. This work is completely limited: the aim is only to show the evolution in the number of pharmacies associated with the drugstores Farmagnus Network in the State of Santa Catarina. The network grows regionally from year to year, from eight (8) pharmacies, since its foundation in 2011 to 87 pharmacies in 2012, 137 pharmacies in 2013, 158 in 2014 and 165 pharmacies pharmacies in 2015. The methodology used was exploratory and literature, seeking to highlight the importance of promoting the advantages of a franchise. The defense of the franchisee as a reason for the existence of a franchise requires improving the franchisee's business, a fact that made the difference for the growth of Farmagnus Franchise Network.

Keywords: Pharmacy. Franchise. Trade.

¹ Bacharel em Farmácia (UFPR). Pós graduação em Gestão Empresarial (UNOESC-Videira). Pós graduação em Farmacotécnica Homeopática (CBCH-Curitiba). E-mail: admgeremias@gmail.com.

² Sociólogo. Mestre em Desenvolvimento Regional (FURB). Doutor em Sociologia Política (UFSC). E-mail: prof.evesilva@gmail.com

³ Doutor em Recursos Genéticos vegetais (UFSC). E-mail: ivanfaoro@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A competitividade tem sido uma constante em qualquer atividade econômica. A busca pelo melhor resultado passa por diversos fatores bastante complexos. O ambiente de uma organização é composto por forças e instituições externas, que podem ser afetadas pelo seu desempenho (ROBBINS, 2001).

Alianças e associações são uma forma interessante de melhorar a competitividade. Alianças tendem a melhorar o desenvolvimento de estratégias, suplementar a base de recursos e facilitar o acesso a recursos e competências nas quais a organização tenha carências (TENG, 2007).

Dentre as diversas formas de iniciar e gerir um negócio, a franquia é uma alternativa empreendedora viável a ser utilizada para o lançamento de produtos e serviços no mercado. Este modelo de negócios apresenta algumas vantagens de maneira a diminuir as incertezas inerentes ao empreendedorismo.

Dados da Francap Consultoria (2006), citados no XXX Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração demonstram esta diminuição de risco, onde se relata que a taxa de mortalidade de empresas vinculadas ao sistema de franchising é aproximadamente 20% nos primeiros 5 anos. A título de Comparação e validação da afirmativa, dados do SEBRAE em 2013 trazem as seguintes taxas de mortalidade das empresas com 2 anos de atividade no Brasil: 26,4% em 2005 e 24,9% em 2006, portanto bem superior aos números das empresas vinculados a uma franquia.

O artigo foi desenvolvido buscando através das ideias dos autores utilizados na fundamentação teórica e na pesquisa de campo, evidenciar a importância da divulgação das vantagens de uma franquia, das diversas formas de associativismo, bem como os resultados alcançados por franquias de diversos segmentos no Brasil, podem ajudar a explicar o sucesso alcançado pela Farmagnus, conforme veremos adiante.

DEFINIÇÃO DE EMPRESA

Como qualquer definição nas áreas sociais, conceituar empresa é algo impreciso e, por isso, passível de críticas. Entretanto, para o conveniente desenvolvimento deste trabalho, faz-se necessária uma definição adequada de empresa. No dicionário Houaiss (2001, p. 159), entende-se por empresa como sendo um “empreendimento, tentativa, organização mercantil, industrial etc; firma”.

Para Sandroni (1999, p. 203) empresa é uma

organização destinada à produção e/ou comercialização de bens e serviços, tendo como objetivo o lucro. Em função do tipo de produção, distinguem-se quatro categorias de empresas: agrícola, industrial, comercial e financeira, cada uma delas com um modo de funcionamento próprio. Independentemente da natureza do produto, a empresa define-se por seu estatuto jurídico, podendo ser pública, privada ou de economia mista. Uma empresa pode ser organizada de várias formas, dependendo da maneira como o capital

se divide entre os proprietários. Nas pequenas e médias empresas, a direção é, habitualmente, entregue aos proprietários. Já nas grandes empresas é freqüente a contratação de administradores profissionais para dirigi-las. As pequenas e médias empresas organizam-se na forma de sociedades por cotas, com responsabilidade limitada ou não, ou sob a forma de sociedades anônimas de capital fechado. As grandes empresas organizam-se geralmente de forma de sociedades anônimas de capital aberto, com ações (cotas unitárias) livremente negociáveis nas Bolsas de Valores.

A abertura de uma empresa está diretamente ligada a duas grandes e vitais necessidades humanas, a da sobrevivência e a de provar que é capaz, para si próprio e para a sociedade.

No caso brasileiro, do surgimento, ao crescimento e a permanência no mercado de uma empresa é algo muito penoso, pois com pouco ou mesmo nenhum recurso financeiro, os negócios são estimulados pela vontade do empreendedor em vencer e conquistar o seu espaço no mercado.

No caso das farmácias, tem-se ainda um agravante da grande maioria das empresas serem administradas pelo próprio farmacêutico, cuja formação é claramente técnica, voltada ao medicamento e praticamente em todas as faculdades a questão administrativa e deixada de lado, ficando restrita a uma disciplina, insuficiente para dar subsídio a uma administração consistente. Dados da própria FARMAGNUS (2013) apresentados através de Banner na Jornada da Saúde da UNIARP em Caçador/SC mostram que, até aquele momento, 83% das farmácias franqueadas tem como proprietário e conseqüentemente administrador do seu negócio um farmacêutico, números que mantiveram sua proporção até os dias atuais.

Existem vários critérios para determinar o tamanho de uma empresa. Segundo o Sebrae (2004), no Estatuto da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte, aprovado pela Lei n.º 9.841/99, com fundamento nos artigos 170 e 179 da Constituição Federal, regulamentada pelo Decreto nº 3.474/00, temos os critérios adotados para conceituar micro e pequenas empresas, que é a receita bruta anual cujos valores foram atualizados pelo Decreto nº 5.028/2004, de 31 de março de 2004, que corrigiu os limites originalmente estabelecidos (R\$ 244.000,00 e R\$ 1.200.000,00, respectivamente). Desta forma, os limites são os seguintes:

- Microempresa: receita bruta anual igual ou inferior a R\$ 433.755,14 (quatrocentos e trinta e três mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e quatorze centavos);
- Empresa de Pequeno Porte: receita bruta anual superior a R\$ 433.755,14 e igual ou inferior a R\$ 2.133.222,00 (dois milhões, cento e trinta e três mil, duzentos e vinte e dois reais).

O Sebrae não utiliza apenas o critério adotado no Estatuto, baseia-se também no conceito de pessoas ocupadas nas empresas, principalmente nos estudos e levantamentos sobre a presença da micro e pequena empresa na economia brasileira, conforme os seguintes números:

- Microempresa: i) na indústria, até 19 pessoas ocupadas; ii) no comércio e

serviços, até 9 pessoas ocupadas;

- Pequena empresa: i) na indústria, de 20 a 99 pessoas ocupadas; ii) no comércio e serviços, de 10 a 49 pessoas ocupadas.

Sejam elas pequenas, médias ou grandes empresas, as empresas são de vital importância para o desenvolvimento sócio-econômico do Brasil. Entretanto, essa não é uma peculiaridade apenas do Brasil, as empresas são importantes para o desenvolvimento econômico dos países mais desenvolvidos do mundo, na América do Norte, Europa e na Ásia, sendo este último agora em grau maior de intensidade. Não obstante, o que caracteriza uma empresa

não é o seu tamanho, nem o que ela produz ou vende, mas o fato de transacionar bens ou serviços entre partes interessadas. Ela age como transformador e intermediário de recursos (matérias-primas, dinheiro, tecnologia, conhecimentos, produtos, etc.) entre si e os usuários destes recursos (RICHERS, 1986, p. 7).

As empresas existem na economia desde o surgimento do comércio mundial, que teve início com as enormes navegações da Idade Média, sendo que ocorreram poucas mudanças de lá para cá, haja vista que, para o sucesso das empresas, ainda temos o poder concentrado num número pequeno de pessoas e muitas vezes de famílias.

AS EMPRESAS NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADE DE OITENTA

A década de 80 foi um período de crise para a América Latina e para a Europa Oriental. A crise foi mais branda nos países desenvolvidos, mas, mesmo assim, houve, desde o início dos anos 70, uma queda efetiva de suas taxas de crescimento, ao mesmo tempo em que o desemprego se transformou no principal problema desses países: nos últimos vinte anos, o crescimento foi correspondente à metade do que havia sido nos vinte anos anteriores.

Apesar de até o início dos anos 80, o Brasil se destacar como um país bem-sucedido na industrialização, arquitetada pelo “Estado desenvolvimentista”, tivemos a eclosão da crise da dívida externa e da inflação.

O Estado brasileiro buscando intervir nesta situação lançou, nos anos 86 e 87, os três primeiros planos econômicos: Cruzado, Bresser e Verão. Em 1990, o presidente Fernando Collor, tentou acabar com a inflação através do plano Collor, todos fracassaram, e a inflação continuou cada vez mais forte.

À luz dessas considerações, tornou-se claro que o Estado, aos poucos, foi deixando de ser o principal parceiro do empresariado nacional, porque o novo modelo de desenvolvimento que se buscava era uma economia globalizada, fato que exigia das empresas nacionais maior eficiência e competitividade.

No Brasil, onde anteriormente o processo de modernização era baseado no “modelo estadocêntrico”, a nova estratégia nacional-desenvolvimentista passou pelos

efeitos da reestruturação da ordem mundial neoliberal com grande intensidade. Desta forma, o Estado ativo e intervencionista, responsável pelo êxito da trajetória anterior, passou a ser considerado um atraso para a agenda neoliberal.

Era necessário que o país definisse uma nova política industrial ajustando-se

[...] a necessidade de um salto qualitativo no que diz respeito à inserção do país no sistema internacional. A nova orientação em consonância com a agenda neoliberal sustentaria que o capitalismo brasileiro já estaria maduro e em condições para competir no mercado internacional, o que exigiria uma revisão política de comércio exterior e uma reversão do protecionismo industrial (DINIZ, 1999, p. 84).

As primeiras grandes empresas brasileiras surgiram nas últimas décadas do século XIX, principalmente nos setores de bens de consumo não-duráveis, até então financiadas pelos capitais privados nacionais. Na primeira metade do século XX, teve início o projeto de desenvolvimento através da substituição de importações. Assim surgiram as primeiras empresas de controle estatal e o capital estrangeiro investiu nos setores mais importantes da indústria, por exemplo, no setor de bens duráveis.

Neste contexto, tivemos a adoção ampla de políticas neoliberais, sendo que o setor empresarial passou por uma profunda reestruturação. Muitos setores foram desativados ou desnacionalizados, principalmente os setores têxtil, eletrodomésticos, calçados, autopeças, entre outros. Outro aspecto, foi o crescente processo de fusão, aquisição ou associação de grupos internacionais, fato que atingiu sensivelmente as empresas nacionais do país, solapando-as do mercado (DINIZ, 2000, p. 91-95). No setor industrial, as fusões e aquisições ficaram concentradas nos setores de alimentos, bebidas (que sempre foi forte nacionalmente), petroquímica e siderurgia (BORGES, 1999, p. 237-262).

Mais precisamente, foi a partir da década de 80, com a privatização das empresas estatais, a internacionalização da economia brasileira e a difusão do novo paradigma técnico organizacional fundamentado na microeletrônica, que as empresas de capital nacional perderam espaço para as empresas estrangeiras. Ao analisarmos o período que vai da década de 80 até o início da década de 90, verificamos, conforme Birchall (2002), um lento crescimento da participação do capital estrangeiro no capital nacional (tanto estatal, quanto privado). Sendo que, principalmente, a partir da década de 90 houve um avanço mais concreto da “internacionalização e desregulamentação da economia brasileira e a privatização das empresas do setor estatal” (BIRCHALL, 2002, p. 133).

Muitos empresários atentos às mudanças, quiseram buscar novas soluções para romper com a crise instaurada, mas perceberam que o empresariado era incapaz de se organizar e definir novos objetivos e ações para dar uma resposta à crise. A partir dessa constatação, várias empresas tradicionais faliram ou desapareceram no Brasil (BONELLI, 1998). Como ressalta Borges (1999, p. 237),

[...] a transição para um regime aberto, em que a intervenção do Estado, tanto nos fluxos de comércio e recursos quanto na produção, é em muito reduzida, trouxe várias conseqüências para as empresas instaladas no país, tais como: (i) exposição à concorrência internacional, obrigando as empresas a empreender vigorosos programas de modernização e especialização; (ii) um amplo movimento de reestruturação setorial; e

(iii) redução do viés contra a exportação [...].

Outros autores, como Garrido e Peres (1998) demonstram que o processo de desnacionalização da economia na década de 90 não é um fenômeno somente brasileiro. Para eles, países como México, Argentina, Colômbia, Venezuela e Chile também sofreram conseqüências deste processo.

Procurando fazer uma “história da volatilidade da economia brasileira”, o economista Samuel Pessoa (2004) dividiu os últimos 25 anos em quatro subperíodos: 1980-1985, 1986-1993, 1994-1997 e pós-1998, conforme a Tabela 2, a seguir:

Tabela 1 – História da volatilidade da Economia Brasileira

1980-1985	1986-1993	1994-1997	Pós-1998
A economia teve que se ajustar ao choque externo dos juros. Houve forte recessão com recuperação a partir de 1983 puxada pelo setor exportador, havendo alguns paralelos com o momento presente. Esse período deixa como herança para o período posterior inflação na casa dos 200% ao ano.	Ocorre o ciclo de populismo. Havia a interpretação de que o baixo desempenho nos últimos anos do regime militar era fruto de problemas de gerência do setor público e que, com a reintrodução de um regime político aberto, haveria grande salto na qualidade desta gerência. O resultado inicial foi inverso ao que se imaginava. O novo regime não satisfaz uma série de demandas sociais que estavam represadas. Vários planos de estabilização foram implementados e fracassaram. Em geral, após a estabilização havia um boom de consumo.	Um último plano heterodoxo, o Real, mais bem desenhado para enfrentar a componente inercial da inflação -o uso de duas moedas em vez do congelamento de preços- e sob um cenário externo muito mais favorável (que permitiu a manutenção da estabilização sem enfrentamento do problema fiscal e, conseqüentemente, sob um câmbio muito valorizado), propiciou um ataque ao problema inflacionário muito mais longo, ainda que não duradouro do ponto de vista dos fundamentos.	Não era mais possível manter a estabilidade de preços sem um ataque ao problema fiscal, dado que o resto do mundo não estava mais disposto a continuar financiando o excesso de nossa absorção sobre o produto doméstico. Os políticos e a sociedade não tolerariam um retorno da inflação. A restrição externa e a intolerância interna com a inflação criaram as condições para que o governo FHC iniciasse um grande ajustamento fiscal que persiste até o presente momento. Neste período, como no período anterior, a economia sofreu diversos choques externos - a quebra dos países asiáticos, da Rússia e, finalmente, a quebra da Argentina - e dois choques internos - o apagão energético e crise de expectativa associada à incerteza quanto à manutenção dos contratos no novo governo.

Fonte: Adaptado de Samuel Pessoa, A era dos choques passou. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi0512200401.htm>. Acesso em: 4 dez. 2015.

No que tange às transformações ocorridas na economia brasileira a partir do início dos anos 90, podemos apontar que houve uma explícita tendência ao aumento da desnacionalização das empresas brasileiras de capital nacional, tanto estatal quanto

privado, tomando proporções irreversíveis, que podem trazer benefícios a curto prazo, mas também traduzem preocupações com relação ao futuro do país.

Essa preocupação com o futuro do país pode ser verificada em relação à inserção do Brasil de forma mais intensa na divisão internacional do trabalho, onde o país passou a absorver as operações de montagem de menor valor agregado, transferindo para os países mais desenvolvidos as operações consideradas mais nobres, fato que coloca o país em condições comprometedoras de desenvolvimento, aumentando os índices de desemprego e falência de empresas.

MERCADO FARMACÊUTICO

O mercado farmacêutico é um ramo em ampla expansão motivando sobremaneira o aumento da concorrência e a consequente invasão de redes corporativas nos mercados até então livres destas grandes empresas.

Santa Catarina não ficou fora desta expansão. Dados da Interfarma (2015) mostram que o mercado Farmacêutico mundial deverá atingir em 2018 cerca de US\$ 1,25 trilhão, sendo os países emergentes responsáveis por 28% das vendas globais de produtos farmacêuticos ante uma participação de 12% apenas em 2005. A análise geral dos dados mostra o momento favorável do mercado brasileiro passando de 10º maior mercado mundial em 2009 para 6º maior mercado em 2014 e com a expectativa de chegar ao 4º lugar em 2018.

Este avanço de mercado aliado a diversos fatores como maior disponibilidade de profissionais, crescimento do ramos de higiene e beleza entre outros produziu uma expansão desenfreada do número de farmácias e drogarias no Brasil. Segundo dados divulgados pelo Conselho Federal de Farmácia – CFF(2012) em 2010 o número de farmácias cadastradas no órgão de classe chegava a 82.204 farmácias.

Mas esta expansão traz consigo uma dado perturbador, a dificuldade das micro e pequenas empresas do ramo em conseguir um nível de competitividade compatível com o novo mercado de trabalho. Segundo dados da Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias - ABRAFARMA (2013) as redes vinculadas a associação possuem apenas 7,14% dos pontos de venda instalados no Brasil mas detém 36% do mercado, prova irrefutável da diferença de faturamento de uma farmácia comum em relação as grandes redes.

O quadro abaixo mostra um cenário autoexplicativo, onde a Distribuidora de Medicamentos Profarma apresenta o Market Share das 5 maiores redes do Brasil.

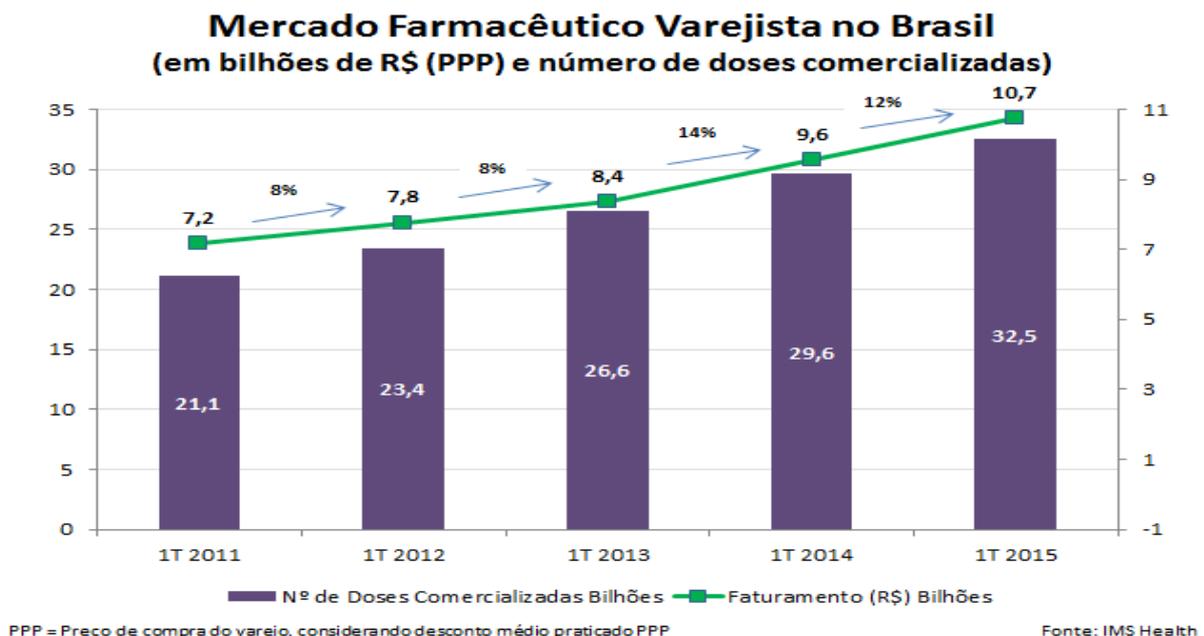
Tabela 2 – Market Share das 5 maiores redes de Farmácias do Brasil

Ranking	Varejo	Market Share	Nº de PDV's	Estados Presentes
1º	Drogaria São Paulo	4,58%	190	SP, CE e BA
2º	Farmácia Pague Menos	4,28%	280	18 estados
3º	Drogarias Pacheco	4,20%	200	RJ e MG
4º	Drogasil	3,44%	187	GO, MG e SP
5º	Droga Raia	3,03%	160	SP, RJ, MG e PR
TOTAL TOP 5		19,53%	1,8%	-

Fonte: PROFARMA (2013).

O mercado Farmacêutico Varejista no Brasil continua em crescimento, mesmo em um ano onde os indicadores econômicos não são animadores. No Gráfico abaixo retirado da IMS Health vemos o desempenho do mercado comparativamente nos primeiros trimestres de 2.011 a 2.015 em relação a número de doses comercializadas e faturamento.

Gráfico 1 – Mercado Farmacêutico Varejista no Brasil



Fonte: IMS HEALTH (2015).

FRANQUIA

Analisando a história percebe-se práticas comerciais que se assemelham a um sistema de franquia no Século XII na Inglaterra. Mas considera-se o marco da criação do sistema de Franquia ou Franchising o sistema de vendas das Máquinas Singer nos Estados Unidos.

O modelo Singer de atuação como contrato de Franquia permitiu a fabricante um

rápido crescimento em vendas, com investimento relativamente baixo e acabo servindo de modelo para outros segmentos como Postos de Gasolina e Fábrica de Refrigerantes (SEBRAE, 2015).

Nesta mesma época (1920-1930) tem-se notícias de franquias de farmácias atuando no mercado americano bem como a primeira franquia de serviços, a Harper Cabelereiros (SEBRAE, 2015).

Franchising é um negócio que essencialmente consiste de uma organização (o franqueador) com um pacote de negócio testado em mercado, centrado num produto ou serviço, entrando em um relacionamento contratual com franqueados, tipicamente pequenas firmas autofinanciadas e auto-geridas, operando sob a marca registrada do franqueador para produzir e/ou comercializar bens e serviços de acordo com um formato especificado pelo franqueador. (HOY; STANWORTH, 2003).

A franquia é um dos tipos de alianças estratégicas. O Quadro 2 é uma revisão de literatura dos tipos de alianças estratégicas feita por Ribeiro e Prieto (2013).

Quadro 1 – Tipos de alianças estratégicas, elaborado com base na revisão da literatura.

Joint Ventures	Criação de uma empresa a partir da sociedade entre duas ou mais organizações, objetivando atender a interesses comuns. Alternativa frequente para atuação em outros países.	Collis e Montgomery (1997), Hill e Jones (1998), Aaker (2001), Inkpen (2001), Rugman e Wright (2001), Thompson e Strickland III (2001), Barney (2002), Grant (2002), Pitts e Lei (2003), Fitzpatrick e Dilullo (2005), Buzády (2005) e Prater e Ghosh (2005).
Acordos de licenciamento	Acordo formal firmado entre organizações, concedendo o direito de utilizar a marca, a venda de produtos ou uma tecnologia criada e desenvolvida por uma das partes.	Collis e Montgomery (1997), Inkpen (2001), Barney (2002), Costa (2003), Pitts e Lei (2003) e Buzády (2005).
Parcerias entre empresas não rivais ou empresas que competem entre si	Forma de garantir melhor eficiência nos processos operacionais; ambas obtêm vantagem e benefício com o resultado da aliança.	Costa (2003), Pitts e Lei (2003) e Buzády (2005).
Projetos de desenvolvimento de produtos	Quando duas ou mais empresas se juntam com intuito de desenvolver novos produtos	Inkpen (2001), Barney (2002), Costa (2003), Pitts e Lei (2003) e Buzády (2005).
Compartilhamento de compras e/ou produção	Empresas que se juntam para ganhar maior poder diante dos fornecedores ao compartilhar compras, ou ganhar escala e reduzir custos ao compartilhar a produção.	Inkpen (2001), Barney (2002), Costa (2003), Buzády (2005) e MaCGregor e Vrazalic (2005).
Operações logísticas	Alianças envolvendo o processo de distribuição e transporte	Ratten (2004) e Buzády (2005).
Terceirização ou subcontratação	Acordos entre duas ou mais empresas para execução de certas atividades inerentes ao processo e operacionalização de uma empresa	Costa (2003), Pitts e Lei (2003) e Fitzpatrick e Dilullo (2005).
Aquisições	Compra de uma empresa por outra organização	Costa (2003) e Buzády (2005).
Franquias	Sistema de expansão baseado no pagamento de royalty ao franqueador por parte do franqueado	Collis e Montgomery (1997), Costa (2003), Jacobsen (2004) e Buzády (2005).
Aliança horizontal	Marcada pelos acordos entre empresas ainda que elas concorram	Ojode (2004).

entre si em um mesmo mercado, proporcionando o mútuo aumento de competitividade.
--

Fonte: Ribeiro e Prieto (2013).

Na visão do MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO INDÚSTRIA E COMERCIO EXTERIOR(2005), as franquias possuem três gerações: Na primeira geração, denominada franquia de marca, a franqueadora apenas autoriza o uso da Marca, sem apoio mercadológico ou operacional. A segunda geração, além da licença para uso da marca, os franqueados recebem algum apoio operacional, algumas vezes com cobrança de royalties sobre os produtos. O resultado depende do sucesso do produto.

A terceira geração e as gerações superiores mostram um sistema onde o know-how é transferido para o franqueado, com amplo apoio operacional, mercadológico, utilização de padrões e monitoramento irrestrito da operação. O resultado está baseado no sucesso da implantação e funcionamento do processo e não simplesmente no produto.

No caso específico das Farmácias, o SEBRAE (2006) já alertava de maneira contundente que

Uma forma que vem demonstrando resultados de muito sucesso e aumentando as chances de sobrevivência de muitas pequenas farmácias é a de criar ou participar de uma rede. As redes reúnem estabelecimentos independentes sob uma mesma bandeira. Com este tipo de ação, cria-se uma marca única que será estampada em todos os pontos de venda. Padroniza-se o layout das lojas participantes e organizam-se compras em conjunto. Assim, as forças são unidas, podendo-se investir mais em comunicação e promoções, fortalecendo a imagem das farmácias participantes da rede na mente do consumidor. Além disso, organizando a central de compras, o poder de barganha com a indústria farmacêutica aumenta, possibilitando às farmácias da rede maior margem de lucro e preços mais atraentes, tornando-as mais competitivas.

Assim, a criação de uma rede era uma situação possível para as farmácias que desejam crescer no mercado e melhorar a competitividade com melhores condições de compra e possibilidade de trabalho com maiores margens.

A REDE DE DROGARIAS FARMAGNUS

A Rede de Drogarias Farmagnus foi criada inicialmente para atender uma demanda de dois de seus sócios, Angelo Tadeu Noldin, farmacêutico e proprietário de Farmácia de Camboriú, e Giancarlo Geremias, farmacêutico e proprietário de farmácias em Videira.

As dificuldades do mercado, aliado ao fato de ambos serem franqueados da Farmais e estarem de certa forma descontentes com a condução da franquia, levam os dois a buscar uma alternativa de melhorar o seu negócio. Procuram então o Publicitário Leandro Amorim, dono da Agência de Publicidade Made in Brasil de Blumenau que apresentou a Administradora com anos de experiência em franquia Tania Mara Preis Colonetti e após meses de conversa e discussão chegaram a Farmagnus. Inicialmente o projeto teve uma logomarca que acabou não sendo aproveitada.

Após alguns meses da ideia inicial, inaugura no dia 24 de novembro de 2011 a Farmagnus Gestão de Franquias, sem a presença de Leandro Amorim que por motivos pessoais preferiu sair do projeto. Nesta data foi apresentada a nova logomarca, projeto de expansão, manual de identidade para todos os fornecedores do estado.

Figura 1 – Logomarca da Drogarias Farmagnus



CRESCIMENTO

A tabela abaixo mostra o crescimento da Rede de Drogarias Farmagnus desde a sua fundação com oito farmácias associadas.

Tabela 3 – Número de Farmácias franqueadas

Mês / Ano	Nº Farmácias
Novembro-11	8
Novembro -12	87
Novembro -13	137
Novembro -14	158
Novembro -15	169

Fonte: Farmagnus Gestão de Franquias (2015)

O planejamento inicial previa para o término de 2013 a meta de 100 farmácias franqueadas. Uma análise feita em 2013 e apresentada como Banner na Jornada da Saúde da Uniarp –Caçador trazia as vantagens percebidas pelos franqueados ao aderirem ao Sistema, na ordem: Marketing, Estratégia de Negócios, Tabloide, Melhores condições de Compras, Acesso ao programas de fidelidade dos Laboratórios, Marca própria, sensação de ser grande, cartão crediário entre outros.

ANÁLISE REGIONAL

A divisão regional obedeceu a Critérios do IBGE, mas conseguidos através da divisão por Patrimônio Cultural do Estado de Santa Catarina. Assim, as regiões passaram a se denominar: 1. Oeste, 2. Meio-Oeste, 3. Serra, 4.Sul, 5. Grande Florianópolis, 6. Vale do Itajaí e 7. Norte.

Figura 2 – Divisão do Estado de Santa Catarina em Regiões



Fonte: Fundação Catarinense de Cultura (2015).

Faz-se necessário afirmarmos que quando falamos de região estamos nos referindo a um

certo espaço no qual se realiza um dado conjunto de atividades da produção social. Convém observar, porém, que o conceito de região, mais do que espacializar, territorializa processos sociais, a produção social, meios de produção, a reprodução da vida social. No entanto, também sabemos que a região existe como quadro de referência na consciência das classes e dos grupos sociais. (THEIS, 2001, p. 215).

Dito isto, cabe esclarecer que a Rede de Franquias Farmagnus nasceu no Meio Oeste catarinense, mas especificamente da cidade de Videira/SC, mas com pouco tempo de vida percebeu-se a dificuldade logística em manter a sede na Região. Assim, ainda no seu primeiro ano a sede da empresa foi transferida para Criciúma, motivado pela facilidade de contatos com os grandes distribuidores, laboratórios e demais empresas e ainda procurando atingir um patamar maior, tentando passar a imagem da proposta de uma rede com abrangência estadual, necessária para a evolução da empresa.

Um dos grandes medos dos proprietários, já enfrentado por outras redes concorrentes ainda no mercado era adquirir um caráter muito regional e não conseguir fugir desta imagem, assim, o planejamento de prospecção foi feito tentando manter certo equilíbrio entre as regiões do estado, o que de certa forma aconteceu como pode ser verificado na tabela 4, onde se verifica o crescimento por regiões.

Tabela 4 – Crescimento do número de Franqueados por Região

Evolução Regional	Oeste	Meio-oeste	Serra	Sul	G. F.	Vale do Itajai	Norte	Total
Novembro-11	0	7	0	0	0	1	0	8
Novembro-12	9	17	9	24	10	16	2	87
Novembro-13	15	21	11	34	11	26	19	137
Novembro-14	13	22	13	49	11	32	18	158
Novembro-15	15	24	17	52	11	30	20	169

Fonte: Farmagnus Gestão de Franquias (2015)

ANÁLISE DO CRESCIMENTO

Na visão de seus proprietários os motivos que levaram ao crescimento alcançado pela rede Farmagnus foram a fidelidade ao projeto inicial de franquia onde a valorização do franqueado e apoio operacional as suas atividades. Utilizando-se dos princípios da terceira geração de modelo de franquias, onde além do uso da marca a transferência de conhecimentos do negócio(know-how), negociações, processos de gestão de outros ativos que em sua maioria são caracterizados como ativos intangíveis. Nesse sentido, Melo, Andreassi e Gigliotti (2012) afirmam que: “a vantagem competitiva entre franqueadores vem de sua capacidade de fornecer ativos intangíveis como: marca, conceito, sistema de gestão, e outros”.

O crescimento da rede pode ser entendido por fazer o franqueado delinear seu negócio com foco no cliente, utilizando-se das máximas encontradas de maneira farta em matérias de apoio aos empresários do ramo. Com grande participação no desenvolvimento de micro e pequenas empresas, o SERVIÇO DE APOIO À PEQUENA E MÉDIA EMPRESA(SEBRAE, 2006) apresenta em seu material “O que você precisa saber sobre Farmácias” algumas estratégias para obtenção de sucesso num ramo tão concorrido que cita: acerto na qualidade e variedade dos produtos, integração a comunidade local com eventos e palestras, mix de produtos, posicionamento de mercado, investimento nas linhas de higiene e beleza, exposição de produtos, comunicação visual e sinalização, mobiliário e layoutização interna e ações promocionais.

A rede de Franquias Farmagnus apresenta em seu mix de prestação de serviços todas estas estratégias bem definidas e passadas ao franqueado através de consultores que visitam regularmente os franqueados, ou ainda através de cursos exclusivos para os franqueados. Treinamentos regionais também foram feitos de forma bem significativa nestes primeiros anos da rede para atender a busca por informação por parte do franqueado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser competitivo em qualquer setor é uma tarefa que exige congruência de esforços, conhecimento e investimento no negócio e nas pessoas. A receita e de conhecimento público mas sua aplicação depende de diversos fatores, que, numa combinação única pode

diferenciar esta ou aquela empresa. Uma análise deste prisma vale para franqueado e franqueador. O resultado positivo alcançado por um deve ser conseguido necessariamente com o sucesso alcançado pelo outro.

A tão propagada teoria do ganha-ganha no caso da franquia faz muito sentido. É impossível comemorar vitória sem a vitória ser de ambas as partes. Colocar isto como meta, defender o franqueado como razão da existência da franquia e apostar todas as fichas na melhoria do negócio do franqueado fizeram a diferença para o crescimento da Rede de Franquias Farmagnus.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDES DE FARMÁCIAS(ABRAFARMA). **NÚMEROS ABRAFARMA**. Disponível em < <http://www.abrafarma.com.br/#!sobre-1/c1mp6>> Acesso em 01 nov 2015

BIRCHAL, S.O Globalização e Desnacionalização das Empresas Brasileiras: 1990 a 1999, In: A.M. Kirschner, E.R. Gomes e P. Cappellin(orgs.), **Empresas, Empresários e Globalização**. Rio de Janeiro : Relume Dumará/ FAPERJ , 2002.

BONELLI, R. Las estrategias de los grandes grupos económicos brasileños. In: PERES, W. (coord.). **Grandes empresas y grupos industriales latinoamericanos**. México: Cepal, Siglo Veintiuno Editores, 1998.

BORGES, J. P., 'Indústria Brasileira: Os Desafios da Reestruturação', In: J.P.R. Velloso (org.), **A Crise Mundial e a Nova Agenda de Crescimento**, Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

DINIZ, E. H. Comércio Eletrônico: Fazendo Negócios por meio da Internet. **RAC**, v. 3, n. 1, p. 71-86, jan./abr. 1999.

FARMAGNUS. **Rede de Drogarias Farmagnus: A Rede com DNA Farmacêutico**. Disponível em <http://www.farmagnus.com.br/rede-farmagnus>. Acesso em 04 dez 2015.

FUNDAÇÃO CATARINENSE DE CULTURA. **Patrimônio Cultural**. Disponível em: <http://www.fcc.sc.gov.br/patrimoniocultural/pagina/13286/regioesmuseologicasdesantacatarina>. Acesso em 20 Out 2015.

GARRIDO C. e PERES W. , 'Las Grandes Empresas y Grupos Industriales Latinoamericanos em los años Noventa', in W. Peres (org.), **Grandes Empresas y Grupos Industriales Latinoamericanos**, México: Siglo Veintiuno/CEPAL, 1998,

GEREMIAS, G. FOPPA, T. **Análise do Perfil dos Proprietários de Farmácia e das dificuldades e necessidades das Farmácias Comerciais do Estado de Santa Catarina que se franquearam a Rede de Drogarias Farmagnus**, Banner Apresentado na II Jornada da Saúde, UNIARP, 2013.

HOY, Frank; STANWORTH, John, **Franchising: a international perspective**, New York, Routledge, 2003

IMS HEALTH INSTITUTE. 2013. **The Global Use of Medicines**: Outlook Through 2016. Disponível em:<
<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.18c196991f79283fddc0ddc01ad8c22a/?vgnextoid=9da5e590cb4dc310VgnVCM100000a48d2ca2RCRD&vgnnextfmt=default>
> Acesso em : 15 set 2015.

INTERFARMA, **Guia Interfarma 2015**. Disponível em:
<http://www.interfarma.org.br/guia2015/site/guia/index.php?val=34&titulo=Dados%20de%20mercado> Acesso em 02 Nov 2015.

MELO, Pedro Lucas de Resende, ANDREASSI, Tales, GIGLIOTTI, Batista Salgado. **Franquias Brasileiras: Estratégia, Empreendedorismo, Inovação e Internacionalização**, São Paulo, CENGAGE, 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDUSTRIA E COMERCIO EXTERIOR. **Cartilha O que é franquia?** Brasília. 2005.

RIBEIRO, Bianca Bonassi and PRIETO, Vanderli Correia. Alianças estratégicas no varejo farmacêutico: vantagens e desvantagens na percepção do gestor. **Gest. Prod.** [online]. 2013, vol.20, n.3, pp. 667-680. ISSN 0104-530X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2013000300012>.

RICHERS, Raimar. **O que é Empresa?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROBBINS, Stephen P. **Administração: Mudanças e Perspectivas**. São Paulo. Editora: Saraiva, 2001

SANDRONI, P (Org.). **Novíssimo Dicionário de Economia**. 1.ed., São Paulo: Best Seller, 1999

SERVIÇO DE APOIO À PEQUENA E MÉDIA EMPRESA. **O que você precisa saber sobre Farmácias**, Porto Alegre: SEBRAE, 2006.

SERVIÇO DE APOIO À PEQUENA E MÉDIA EMPRESA. 2013. **Sobrevivência das Empresas no Brasil**. Disponível em:
<http://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Sobrevivencia_das_empresas_no_Brasil=2013.pdf> Acesso em 02 Nov 2015.

SERVIÇO DE APOIO À PEQUENA E MÉDIA EMPRESA. 2013 **Um pouco sobre a História do Franchising**. Disponível em:
<<http://sites.pr.sebrae.com.br/blogs/2015/04/15/um-pouco-sobre-a-historia-do-franchising/>> Acesso em 02 Nov 2015

TENG, B. S. Corporate Entrepreneurship Activities Through Strategic Alliances: A Resource-Based Approach toward Competitive Advantage. **Journal of Management Studies**, v. 44, n. 1, p. 119-142, Jan 2007.

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES

Contributions of Anthropology for Assistance in Health Practice: Considerations and Reflections

Izabel Cristina Santiago Lemos¹

Marta Regina Kerntopf²

George Pimentel Fernandes³

Recebido em: 17 dez. 2015

Aceito em: 24 mar. 2016

RESUMO: A Antropologia da Saúde emerge como um produto da Antropologia Cultural e pode ser compreendida como o estudo do comportamento humano a partir das práticas culturais realizadas para obtenção ou manutenção da saúde, a partir de um conjunto de valores; de hábitos e de crenças que constituem a essência da etnomedicina. A contribuição mais contundente da antropologia cultural para a dinâmica e compreensão da etnomedicina reside no fato da antropologia cultural afirmar e demonstrar a influência do contexto social para a construção do saber popular. Além dessa nítida contribuição, a antropologia torna-se relevante no contexto da prática da Medicina Rústica por meio do delineamento e desenvolvimento de estudos relacionados aos saberes acerca do processo saúde-doença, que expõem concepções e representações da medicina tradicional de grupos sociais. Portanto, compreende-se que a antropologia como ciência no campo da saúde tem contribuído de forma teórica e metodológica para uma melhor compreensão acerca da influência dos fatores culturais nas dinâmicas sociais e como isso condiciona as práticas, os costumes e os hábitos associados à busca pela cura e à concepção de saúde por diferentes grupos populacionais. Desse modo, os profissionais das ciências médicas devem estar interessados em ouvir o paciente, identificar as diferenças culturais e elaborar estratégias terapêuticas que abranjam o conceito do cliente-paciente acerca dos processos relacionados à saúde e à doença.

Palavras-chave: Antropologia Cultural. Antropologia Médica. Medicina Tradicional.

ABSTRACT: The Anthropology of Health emerges as a product of cultural anthropology and can be comprehended as the study of human behavior through cultural practices performed for the purpose of recovery or maintenance of health, from a body of values, habits and beliefs which constitute the core of ethnomedicine. The strongest contribution of cultural anthropology in the context of traditional medicine lies in the fact of cultural anthropology affirm and demonstrate the influence of the social context for the construction of popular knowledge. Beyond that contribution sharp, anthropology becomes relevant in the context of the practice of traditional medicine through the design and development of studies related to knowledge about the health-disease process, which expose conceptions and representations of traditional

¹ Mestre. Enfermeira. Universidade Regional do Cariri (URCA). izabel_santiago@hotmail.com.

² Doutora. Farmacêutica. Universidade Regional do Cariri (URCA). martareginakerntopf@outlook.com.

³ Doutor. Pedagogo. Universidade Regional do Cariri (URCA). pimentelproof@outlook.com.

medicine of various social groups. Thus, one understands that anthropology as a science in the health field has contributed theoretical and methodological basis for a better understanding of the influence of cultural factors in social dynamics and how it affects the practices, customs and habits associated with the quest for healing and health conception by different population groups. Therefore, professionals in the medical sciences should be interested in listening to the patient, identify the cultural differences and develop therapeutic strategies that consider the concept of client-patient about the related to health and disease processes.

Keywords: Antropologia Cultural. Antropologia Medical. Medicine Traditional.

INTRODUÇÃO

Para se discutir a relevância da Antropologia no contexto das práticas assistências em saúde é necessário compreender, inicialmente, o que essa ciência investiga. Desse modo, em termos simples, podemos definir Antropologia como a ciência que se dedica ao estudo do homem em sua totalidade. De acordo com Feldman-Bianco, a relevância de estudos antropológicos justifica-se pelo fato de que a Antropologia combina:

[...] o interesse em compreender o mundo com a preocupação em desvendar os códigos culturais e os interstícios sociais da vida cotidiana, a pesquisa antropológica é extremamente relevante para desvendar problemáticas que estão na ordem do dia sobre a produção da diferença cultural e desigualdades sociais, saberes e práticas tradicionais, patrimônio cultural e inclusão social e, ainda, desenvolvimento econômico e social [...] (FELDMAN-BIANCO, 2011, p. 4).

Assim, a Antropologia pode ser dividida em duas grandes áreas distintas, a saber: a Antropologia Física e a Antropologia Cultural. Por conseguinte, os estudiosos da Antropologia Física debruçam-se diante de possíveis questionamentos acerca da evolução humana, focando especificamente nas questões biológicas e físicas envolvidas nesse processo (MARCONI, 2008).

Em contrapartida, a Antropologia Cultural surge como um campo que envolve uma área mais ampla para estudos, tendo em vista que se propõe a compreender as relações estabelecidas pela sociedade e expressas a partir do comportamento humano, evidente em seus rituais, saberes e práticas. Nesse sentido, podem-se destacar duas correntes de pensamento envolvidas na Antropologia Cultural: o funcionalismo e o estruturalismo (WALRATH; HAVILAND; PRINS, 2011).

Desse modo, frisa-se que as concepções do funcionalismo explicavam toda a organização do sistema social valendo-se das necessidades naturais dos seres humanos focando puramente em seus aspectos biológico ou psicológico (WALRATH; HAVILAND; PRINS, 2011).

Os estudos de Malinowski, por exemplo, afirmavam que o sistema de parentesco parte da necessidade sexual do ser humano e de seu instinto natural de conservação; o sistema político emerge motivado pela busca de proteção física e a religião surge como uma resposta frente à necessidade psicológica de proteção face ao desconhecido

(MALINOWSKI, 1975).

Além disso, para Malinowski o funcionalismo “ocupa-se da compreensão clara da natureza dos fenômenos culturais” (1975, p. 137). Desse modo, o funcionalismo ainda enfatizou que os elementos existentes em uma organização cultural possuem sentido único, não sendo possível extrapolá-los ou observá-los em outra organização, apregoava ainda que existiria uma função social exercida por grupos institucionais, inserida em uma conjuntura maior da sociedade e que quando esse funcionamento não era satisfatório seria estabelecido um desganhamento social (LAPLANTINE, 2003).

Ou seja, o funcionalismo na Antropologia Cultural foca nas relações humanas voltadas para a construção de uma sociedade integrada, porém estável, valendo-se ainda dos conceitos de aplicabilidade e de utilidade atreladas aos interesses imperialistas vigentes na época do seu surgimento, tendo em vista que considerava esse processo como inevitável. Constituindo-se, dessa forma, em ferramenta ideológica poderosa para as ações imperialistas e relacionando-se aos interesses dos Estados dominadores (WALRATH; HAVILAND; PRINS, 2011).

Por sua vez, o estruturalismo aplicado à Antropologia Cultural defende, a partir das ideias de Lévi-Strauss, que existem regras responsáveis por estruturar os elementos culturais nas mentes humanas. Essas regras, portanto, constituiriam pares de oposição que entrariam em um embate direto frente à organização do tão almejado “sentido” difundido pelos funcionalistas e seriam aplicadas a todo o gênero humano e não restrito a um grupo de organizações culturais específicas (LAPLANTINE, 2003).

Os estudos ambiciosos de Lévi-Strauss defendiam, portanto, que haveria elementos universais presentes na atividade do espírito humano e que esses elementos seriam atemporais e parte indissociável do próprio ser humano, exercendo indiscutível influência sob o modo de pensar da humanidade. Assim, em seu livro, Laplantine, destaca que o estruturalismo de Lévi-Strauss nasce e fundamenta-se a partir de uma série de rupturas: com o humanismo; a filosofia; o pensamento histórico; atomismo e o empirismo. Para Lévi-Strauss:

O pensamento estrutural nos mostra que a extraordinária variedade das relações empíricas se torna inteligível a partir do momento em que percebemos que existe apenas um número limitado de estruturas possíveis dos materiais culturais que encontramos (LAPLANTINE, 2003, p. 108).

Além disso, em oposição às afirmações de Malinowski, Lévi-Strauss passou a considerar a estrutura social como fator determinante para as necessidades humanas naturais, pois compreendia que a estrutura social, como uma realidade subjetiva, organizava-se de forma inconsciente com a mente humana em associação com o fator cultural, sendo a associação desses elementos a responsável pela formação do pensamento e das sensações humanas, conferindo, assim, o sentido da necessidade (DESCOLA, 2009; LAPLANTINE, 2003).

Inserida no âmago da Antropologia Cultural emerge a Antropologia da Saúde ou a

Antropologia Médica, que pode ser definida como o estudo do comportamento humano a partir das práticas culturais realizadas para obtenção ou manutenção da saúde, a partir de um conjunto de valores; de hábitos e de crenças que constituem a essência da medicina popular, baseada em um conhecimento apreendido e perpetuado entre diferentes gerações (SAUTCHUK; FLEISCHER, 2012; QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Desse modo, repousando nos conceitos da antropologia da saúde, o presente artigo visa trazer uma reflexão acerca das contribuições da Antropologia para a prática assistencial por meio de uma revisão crítica de obras clássicas relacionadas ao tema, bem como, de produções científicas atuais de renomados autores nacionais.

A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O campo da antropologia da medicina foi iniciado a partir da constatação do elo existente entre quatro fatores específicos, sendo eles a doença, a medicina, a cultura e a sociedade humana.

Dessa forma, as crenças sobre saúde e doença passaram a ser encaradas como parte da herança cultural de grupos humanos e estariam indubitavelmente associadas ao contexto social daqueles indivíduos, sendo que esses grupos apresentariam suas próprias teorias da “causação” da doença e isso condicionaria sua forma de fazer e compreender a medicina tradicional como parte indissoluta de seu legado cultural e histórico (SAUTCHUK; FLEISCHER, 2012).

Nesse âmbito, tem-se que as “medicinas populares” podem ser agrupadas em categorias específicas, sendo elas: a espiritual, a humana e a natural. Portanto, a categoria sobrenatural está relacionada às crenças que atribuem a entidades sobrenaturais o poder de provocar doenças e interferir no curso do tratamento e da cura (UCHOA; VIDAL, 1994). Segundo Laraia (2001): “a cultura também é capaz de provocar curas de doenças, reais ou imaginárias. Estas curas ocorrem quando existe a fé do doente na eficácia do remédio ou no poder dos agentes culturais” (p. 80).

Frisa-se ainda que nessa corrente, crê-se que o comportamento humano deve estar condicionado ao tributo e à reverência às deidades e ou/aos santos, remetendo novamente à visão de doença como uma punição pelos nossos erros. Em algumas comunidades africanas, por exemplo, acredita-se que a infecção por doenças sexualmente transmissíveis é fruto exclusivamente de uma punição por se violar os comportamentos sexuais tidos como “normais” na concepção desses povos (LAPLANTINE, 2003; UCHOA; VIDAL, 1994).

No que concerne à categoria humana, essa abrange as crenças de que os conflitos existentes nos relacionamentos humanos teriam a capacidade de instituir desordens patológicas, que afetariam em maior ou menor grau o bem-estar do indivíduo. Como exemplo dessas crenças tem-se a inveja; o mau-olhado, o quebranto e as feitiçarias (ARAÚJO, 2004; UCHOA; VIDAL, 1994).

No que tange à categoria natural, pode-se dizer que ela envolve crenças de que os agentes naturais também são responsáveis por provocar doenças, sendo esses elementos os vírus, as bactérias, os fungos, bem como, os parasitas (UCHOA; VIDAL, 1994).

Percebe-se que embora categorizadas, essas concepções causuísticas de doenças coexistem nos diferentes grupos populacionais humanos, embora sobressaiam-se de formas distintas dependendo do contexto social e cultural considerado, formando uma rede intrincada e complexa de conhecimentos associados a uma determinada comunidade.

Desse modo, a antropologia médica apregoa, fundamentando-se a partir dos elementos da Antropologia Cultural, que o conhecimento humano é parcial, pois está limitado de forma objetiva pela biologia, e de modo subjetivo, pela cultura. Dessa forma, considerando-se o fator da subjetividade na construção de conhecimentos, pode-se afirmar que o contexto social será determinante para a diversidade de saberes existentes na humanidade, sendo determinante também para sua compreensão (SAUTCHUK; FLEISCHER, 2012).

ANTROPOLOGIA: LUZ PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A contribuição mais contundente da antropologia cultural para a dinâmica e compreensão da etnomedicina reside no fato da antropologia cultural afirmar e demonstrar a influência do contexto social para a construção do saber popular. Afirmando, de forma categórica, que somente os fatores lógicos ou metodológicos não são suficientes para compreender o dinamismo presente nas comunidades sociais e as relações estabelecidas por elas, bem como, a formação do seu corpo de conhecimentos, incluindo o saber relacionado à Medicina Tradicional.

Todavia, o padrão advindo por meio do Positivismo – que defende a interpretação objetiva da natureza e a racionalidade científica– é evidenciado no modelo biomédico, que concebe o ser humano de forma fragmentada, como uma máquina, devendo o profissional de saúde ser capaz de intervir na parte afetada (BARROS, 2002).

Essa divisão do corpo e dimensões humanas é o que se define como visão mecanicista da assistência, o que, não raro, desconsidera ou negligencia o aspecto social e cultural do cliente-paciente (BARROS, 2006; QUEIROZ, 1986).

Entretanto, é justamente esse aspecto social e cultural que interferirá diretamente na aceitabilidade de programas de saúde, no esquema ou na adesão ao plano terapêutico prescrito pelo profissional de saúde (LEININGER, MACFARLAND, 2002). Ou em uma discussão mais ampla, na mudança comportamental (LANGDON; WIIK, 2010), por vezes, pretendida diante de uma patologia, em especial crônica, tal como, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por exemplo.

De modo geral, alguns profissionais de saúde acreditam erroneamente no

pressuposto de que repassar informações ao cliente-paciente é condiciona uma transformação automática nos comportamentos das populações frente a uma dada patologia. Esse pensamento não só negligencia o fator cultural e as experiências de vida do indivíduo como se mostra ineficaz à longo prazo.

Contudo, ressalta-se que na perspectiva antropológica, os conceitos enraizados do doente acerca dos sintomas e das causas da doença; das formas de se alcançar a cura, bem como, do comportamento do indivíduo frente ao adoecimento não constituem barreiras intransponíveis à terapêutica ocidental ou farmacológica, desde que esses fatores possam ser compreendidos, assimilados, considerados e integrados como parte da assistência prestada, não havendo julgamentos, preconceitos ou hierarquizações, mas antes uma comunhão de conhecimento científico e conhecimento popular inseridos em um dado contexto sociocultural específico (LEININGER, MACFARLAND, 2002).

Nesse âmbito que a antropologia discute a necessidade em considerar o ser humano de forma holística, integrado em suas diferentes dimensões e detentor de um corpo de conhecimentos provenientes a partir das práticas culturais exercidas e vivenciadas no seu meio social (HELMAN, 2009), o que hoje é um consenso entre os estudiosos no campo da antropologia e das Ciências Sociais.

De modo geral, para se compreender o binômio saúde-doença não se deve negligenciar os aspectos relacionados à experiência de vida dos indivíduos, ou seja: a subjetividade humana, expressa no meio cultural, psicológico e emocional (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

De fato, essa abordagem integral considera a herança cultural como um fator determinante no modo como o indivíduo se percebe doente, e influencia um conjunto de atitudes que deverão ser tomadas para o restabelecimento da saúde, sendo ele guiado por princípios pessoais que podem levá-lo a reagir de forma favorável ou não diante do tratamento que for prescrito pelo profissional e das orientações que são repassadas.

Diante disso, essas ideias ou princípios da antropologia cultural permeiam as diretrizes de estudos relacionados à Saúde Pública e à Saúde Coletiva no Brasil, em especial, a partir do início da década de 1990, percebendo essa influência de forma ainda mais nítida após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Dessa forma, esse fator estimulou uma prática assistencial em saúde voltada para a atenção indispensável aos fatores culturais determinantes dos grupos populacionais. Muitas vezes, essa compreensão cultural que perpassa os ambientes formais da atenção à saúde, tais como, unidades básicas de saúde (UBS) e instituições hospitalares condiciona intervenções mais eficazes (MOLEIRO; GONÇALVES, 2010; TRAD; BASTOS, 1998).

Isso ocorre, uma vez que possibilita a tomada de conhecimento acerca de problemas que de outra forma não poderiam ser identificados, caso se desconsiderasse o meio de desenvolvimento cultural do indivíduo. Esse meio engloba seus hábitos cotidianos, seus costumes religiosos e as práticas da medicina não convencional que ele adota. Desse

modo, torna-se ainda necessário mensurar a influência que essas práticas exercem na vida desse cliente-paciente (ANDRADE; COSTA, 2010; CORTEZ; TOCANTINS, 2006; OLIVEIRA, 2002).

Contudo, além dessa nítida contribuição voltada para o fomento de discussões acerca da relevância de se considerar as práticas culturais, bem como, o saber popular no contexto da assistência à saúde dos indivíduos, as contribuições antropológicas podem também ser evidenciadas a partir do delineamento e desenvolvimento de estudos relacionados aos saberes acerca do processo saúde-doença, que expõem concepções e representações da medicina tradicional de grupos sociais (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

ESTUDOS DE ANTROPOLOGIA E SAÚDE NO BRASIL

Antes das décadas de 50 e 60 do século XX, no Brasil, os estudos antropológicos que abordavam a prática da “medicina popular” baseavam-se essencialmente nas correntes ideológicas do evolucionismo e do difusionismo (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Esses estudos não conseguiam determinar correlações lógicas nos saberes tradicionais associados à saúde, à doença e às práticas de cura, constituindo um conhecimento desarticulado e pouco consistente (QUEIROZ; CANESQUI, 1986). Vale ressaltar, no contexto da Antropologia Médica no Brasil, as observações de Minayo, onde lemos:

[...] muito tardiamente os antropólogos se fizeram presentes nas pesquisas e intervenções da área da saúde [...], antes dos anos 1950, nada há sistematizado sobre o assunto até a década de 70 do século XX quando já encontramos alguns poucos trabalhos [...] Diferentemente dos Estados Unidos, onde a Antropologia Médica constitui-se num dos grupos mais produtivos. [...] em nosso País, até muito recentemente, a saúde nunca foi considerada tema de interesse dos cursos de antropologia (MINAYO, 2012, p. 208).

Todavia, com a teoria funcionalista inserida nas ciências sociais, buscou-se compreender de forma mais profunda a estrutura existente na realidade social. Embora suas possibilidades explicativas fossem restritas a uma abordagem tautológica – onde se concebe que um fato só poderá existir em um determinado contexto social, caso seja útil para ele – essa ideologia influenciou sobremaneira as pesquisas de alguns estudiosos no Brasil (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Um exemplo prático disso são os estudos de Fernandes (1942 apud QUEIROZ; CANESQUI, 1986) e de Fontenelle (1959 apud QUEIROZ; CANESQUI, 1986), onde esses autores sugerem que as crenças presentes no denominado mundo tradicional constituem um corpo de conhecimentos que caminham para o desuso e a conseqüente desintegração, em vista da realidade urbana. Contudo, sabe-se que tal afirmação carece de coerência empírica e evidenciaria suas fragilidades posteriormente à luz de novas pesquisas.

Entretanto, posteriormente, na década de 1960, a medicina popular foi associada ao atraso e à alienação das classes subalternas, condicionando um atraso social e

econômico e um saber desatualizado e inconsistente. Sendo, portanto, defendido uma caminhada rumo à “modernidade” que não podia ser conquistada na estrutura das sociedades tradicionais.

Na década de 1970, foi perceptível um crescente interesse associado às condições de vida das denominadas sociedades tradicionais, com estudos desenvolvidos sob a ótica da etnociência que focavam, em especial, as ideologias acerca do binômio saúde-doença, bem como, os hábitos alimentares dessas comunidades e a prática da medicina religiosa (QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Todavia, no início dos anos 1980, os estudos relacionados à etnomedicina e à antropologia tiveram contribuições importantes de autores tais como, Oliveira (1984); Queiroz (1980, 1982, 1984); Loyola (1982) e Costa (1980), suprindo uma necessidade conceitual que abordasse de forma empírica e teórica à etnomedicina imbuída no contexto da dinâmica social e econômica vigentes à época, no Brasil (apud QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Esses estudos abordaram a influência do capitalismo sob os sistemas tradicionais de crenças, ressaltando que a partir das relações capitalistas observou-se uma nova forma de conceber as velhas crenças e os costumes dos grupos populacionais, pois destacaram o embate existente entre saber popular e o saber erudito.

Além disso, esses autores reforçaram a relevância dos estudos etnográficos como uma contribuição de notável valor científico, uma vez que agrupou detalhes e pormenores acerca de sistemas relacionados às práticas e crenças do saber popular no Brasil; identificaram o conceito da solidariedade emocional de classes como ferramenta poderosa da medicina popular e abarcaram em suas concepções o valor de processos sociais mais amplos como fatores determinantes para a compreensão do modo como se desenvolve a medicina alternativa na contemporaneidade (MINAYO, 2012; QUEIROZ; CANESQUI, 1986).

Por conseguinte, na década de 1990 e início dos anos 2000, os estudos associados à antropologia e etnomedicina envolveram temas relacionados às experiências e aos significados da doença e do sofrimento; às representações sobre corpo, saúde e doença, bem como, de doenças específicas ligadas ao gênero-sexualidade, em especial por causa do advento da AIDS nas pesquisas biomédicas iniciadas ainda na década anterior (CANESQUI, 2003).

Além disso, tem-se a etnografia como importante instrumento para a coleta de dados nas pesquisas desenvolvidas, frisando-se a existência de uma abordagem menos intensa dos aspectos relacionados à fisiopatologia das doenças (CANESQUI, 2003; CAPRARA; LANDIM, 2008).

Desse modo, esses estudos debruçaram-se predominantemente na busca por uma articulação visando à construção, de forma simbólica, das identidades sociais de diferentes grupos investigados, tendo em vista a ideia de que o resgate de práticas sociais possibilita consolidar estratégias mais eficazes de intervenção em saúde e direciona uma

compreensão acerca da formação das concepções dos significados envolvidos na realidade da doença e nas práticas associadas à cura (MINAYO, 2012).

Nesse aspecto, Minayo destaca que a antropologia de saúde no Brasil

[...] se realiza pela contribuição de vários influxos. Do ponto de vista histórico, pelas relações políticas, sociais e ideológicas que contextualizam seu nascimento, pelo espaço que consegue criar na dinamicidade das instituições e pelos autores que catalisa para conformar-se [...] a antropologia da saúde no Brasil é dinâmica, florescente, e se constitui com várias peculiaridades, porém, sempre em diálogo com o que está sendo construído no campo da saúde e no âmbito da antropologia [...] (MINAYO, 2012, p. 213-214).

Portanto, compreende-se que a antropologia como ciência no campo da saúde tem contribuído de forma teórica e metodológica para uma melhor compreensão acerca da influência dos fatores culturais nas dinâmicas sociais e como isso condiciona as práticas, os costumes e os hábitos associados à busca pela cura e à concepção de saúde por diferentes grupos populacionais.

Os esforços empregados, contudo, devem ser contínuos e permanentes, atendendo às mudanças instituídas no mutável cenário contemporâneo. De fato, estimular o diálogo entre as ciências sociais com as ciências médicas, no contexto dinâmico da saúde coletiva, da saúde pública e da própria epidemiologia, reforçam os princípios da interdisciplinaridade e constituem em importante material de valor histórico, social e assistencial (MINAYO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos antropológicos voltados para o âmbito da medicina popular permitem-nos examinar não apenas a organização dos serviços de saúde e a aplicabilidade das intervenções terapêuticas, bem como, a eficácia dos programas instituídos, mas também os modelos culturais dos usuários. Defendido, na corrente do pensamento antropológico, não como um acessório a ser considerado de maneira leviana na prática assistencial, mas antes como aspecto relevante da própria dimensão humana em seu caráter social.

Essa prática, fundamentada na valorização da herança cultural e nas concepções formuladas do indivíduo no seu meio social acerca de saúde e de doença, é o que direciona a corrente do pensamento da proposta de serviços de saúde denominados de “culturalmente sensíveis”.

Ou seja, essa proposta visa alcançar uma qualificação dos profissionais de saúde, instituições hospitalares, assim como as unidades básicas de saúde para compreender as necessidades de saúde dos indivíduos, frente à diversidade cultural humana expressa nos diferentes grupos populacionais, que apresentarão, conseqüentemente, demandas de saúde específicas.

Desse modo, os profissionais das ciências médicas devem estar interessados em ouvir o paciente, identificar as diferenças culturais e elaborar estratégias terapêuticas que

abranjam o conceito do cliente-paciente acerca dos processos relacionados à saúde e à doença.

Assim, os profissionais de saúde têm dois grandes desafios: garantir competência na área técnica e o domínio do conhecimento científico, mas também serem competentes para reconhecer o conjunto de práticas que estão relacionados com o cotidiano de seu cliente e que podem interferir de forma positiva ou negativa sob sua saúde.

Em muitas ocasiões a sabedoria popular é desvalorizada e desencorajada pelos membros das equipes de saúde. O que pode resultar em uma má adesão ao regime terapêutico e até mesmo uma quebra do vínculo com o usuário. Tendo em vista que o contexto cultural e hábitos de vida dos usuários devem ser sempre respeitados e levados em consideração quando se traça um plano de cuidado.

Desta forma o conjunto de saberes e práticas populares representa um importante aspecto cultural, que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde, uma vez que as crenças, valores e saberes individuais não podem representar uma barreira no processo de cuidado. De fato, valorizar os aspectos culturais na assistência não se constitui em uma tarefa simplista, mas repousa no próprio seio da integralidade da assistência e na tão difundida humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F. A. da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, sept. 2010.

ARAÚJO, Alceu Maynard. **Medicina Rústica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BARROS, N. F. **A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Ethnography: use, potentialities and limits in health research. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, Selected Edition, 2008.

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 800-804, dec. 2006.

DESCOLA, P. Claude Lévi-Strauss, uma apresentação. **Estud. av.**, São Paulo, v. 23, n. 67, p. 148-160, 2009.

FELDMAN-BIANCO, B. A antropologia hoje. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 4-5,

apr. 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LANGDON, E. J; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 174-181, jun. 2010.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LARAIA, R.B. **Cultura, um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEININGER, M; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. New York : McGraw-Hill, 2002.

MALINOWSKI, B. **Uma Teoria Científica da Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.

MARCONI, M.. A. **Antropologia: Uma Introdução**. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer saúde. In: CAMPOS; G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MOLEIRO, C.; GONÇALVES, M. Saúde na diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 28, n. 3, p. 505-515, set. 2010.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, aug. 1986.

QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, apr. 1986.

SAUTCHUK, C. E; FLEISCHER, S. **Anatomias Populares: A Antropologia Médica de Martín Alberto Ibáñez - Novión**. Brasília: UNB, 2012.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, Apr. 1998.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, oct/dec. 1994.

WALRATH, D.; HAVILAND, W. A.; PRINS, Harald E. L. **Princípios de Antropologia**. Cengage Learning: São Paulo: 2011.

O SIGNIFICADO CULTURAL DA MATERNIDADE PARA MÃES ADOLESCENTES

The Cultural Meaning of Motherhood for Teen Mothers

Carolina Carbonell Demori¹
Lisie Alende Prates²
Camila Neumaier Alves³
Laís Antunes Wilhelm⁴
Luiza Cremonese⁵
Crislen Malavolta Castiglioni⁶
Marilu Correa Soares⁷
Lúcia Beatriz Ressel⁸

Recebido em: 26 set. 2015
Aceito em: 15 jun. 2016

RESUMO: Este estudo teve como objetivo compreender o significado cultural da gravidez para gestantes adolescentes. O estudo qualitativo de caráter descritivo teve como problema de pesquisa: qual o significado da vivência gestacional para um grupo de mulheres adolescentes? Os critérios de inclusão foram adolescentes gestantes, primigestas ou multigestas, entre 10 e 19 anos. Participaram da pesquisa oito mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal na unidade básica. Utilizou-se a entrevista narrativa e os dados foram analisados por meio da técnica da análise temática. Os resultados tratam dos significados que a gestação possui na vida dessas adolescentes. Em relação à gravidez planejada, destaca-se o real significado atribuído pelas adolescentes. É necessário compreender os ideais que orientam os projetos de vida destas adolescentes como um todo, tendo sido essa compreensão ratificada no presente estudo.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Gravidez na adolescência. Cultura. Enfermagem.

ABSTRACT: This study had aims to understand the cultural significance of pregnancy for pregnant adolescents. The study was a descriptive qualitative research problem is as: what is the meaning of the experience of pregnancy for a group of teenage women? Inclusion criteria were pregnant adolescents, primiparous or multiparous, between 10 and 19 years. Participants were eight women who underwent prenatal care in the basic unit. We used a narrative interview and data were analyzed using the thematic analysis technique. The results concern the meanings that pregnancy has on the lives of these teens. In relation to planned pregnancy, stands out the real meaning assigned by the adolescents. It is necessary to understand the ideals that guide the life projects of these adolescents as a whole, having been ratified this understanding in the present study.

Keywords: Women's health. Teenage pregnancy. Culture. Nursing.

¹Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Docente da Universidade da Região da Campanha (URCAMP), campus Bagé, Rio Grande do Sul (RS).

²Enfermeira. Doutoranda do PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista CAPES. Autora responsável pela correspondência - E-mail: lisiealende@hotmail.com

³Enfermeira. Doutoranda do PPGEnf da UFPel. Bolsista CAPES.

⁴Enfermeira. Doutoranda do PPGEnf da UFSM. Bolsista CAPES.

⁵Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Bolsista CAPES.

⁶Enfermeira egressa da UFSM.

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPel.

⁸Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFSM.

INTRODUÇÃO

Alguns países da América Latina têm enfrentado um contínuo aumento na ocorrência de gravidez na adolescência. No contexto brasileiro, embora a taxa de fecundidade total tenha apresentado um decréscimo, o número de jovens grávidas com idade entre 10 e 19 anos ainda é significativo (CERQUEIRA-SANTOS et al, 2010).

Nessa perspectiva, a maternidade na adolescência necessita de estudos desenvolvidos em diversas perspectivas. Os significados atribuídos a ela podem ser diversos para cada pessoa, dependendo da sua inserção familiar e social. Sendo que ao refletir sobre a gravidez na adolescência na perspectiva biomédica, percebe-se a emergência de aspectos que a limitam e a enquadram em parâmetros biologicistas, tanto nas transformações da puberdade quanto no desenvolvimento psicossocial. A partir dessa questão, suscita-se a discussão sobre os significados da gravidez para as adolescentes, estimulando-as a refletirem sobre a construção cultural de suas vivências (RESSEL et al, 2009).

Este estudo é resultado de uma dissertação de mestrado (SANTOS, 2013), e tem como problema de pesquisa a seguinte questão: “qual o significado da vivência gestacional para um grupo de mulheres adolescentes?”, com o objetivo de compreender o significado cultural da gravidez para gestantes adolescentes.

Para compreender as adolescentes em seus contextos culturais, buscou-se estudar esse fenômeno através do referencial teórico de cultura. Utilizou-se como definição de cultura, os sistemas entrelaçados de símbolos interpretáveis, nos quais os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma densa (GEERTZ, 2008).

Procurou-se respaldar esse estudo considerando que a cultura consiste em estruturas de significações socialmente estabelecidas (GEERTZ, 2008). Esse olhar para a gravidez na adolescência permitiu a descentralização do foco clínico, que traz explicações fisiológicas e patologizantes, e favorece a fala, os sentimentos e emoções das gestantes adolescentes, em torno da gravidez e das experiências vividas nesta fase.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo realizado em uma unidade básica de saúde do município de Santa Maria/RS. Os critérios de inclusão foram adolescentes gestantes, primigestas ou multigestas, entre 10 e 19 anos.

Participaram da pesquisa oito gestantes adolescentes, que realizaram acompanhamento pré-natal. As gestantes adolescentes foram convidadas a participar do estudo quando compareceram para a consulta de pré-natal. Destacando-se que a amostra era intencional, sendo os sujeitos determinados pelo objetivo do estudo (MINAYO, 2010).

Utilizou-se como método de coleta de dados principal a entrevista narrativa, já que permite identificar as experiências pessoais vivenciadas por mães adolescentes. As entrevistas foram agendadas após concordância prévia entre a pesquisadora e as adolescentes, quanto à data, hora e local apropriados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e junho de 2012. Antes de iniciá-las, os dados pessoais das adolescentes foram obtidos por meio de um instrumento contendo perguntas fechadas, a fim de identificar o perfil das adolescentes.

A entrevista narrativa (SILVA; TRENTINI, 2002) consiste em uma tradição de contar um acontecimento em forma sequencial, cuja composição mais simples inclui começo, meio e fim, e tem, em sua estrutura, cinco elementos essenciais: o enredo (conjunto de fatos); as/os personagens (quem faz a ação); o tempo (época em que se passa a história, duração da história); o espaço (lugar onde se passa a ação) e o ambiente (espaço carregado de características socioeconômicas, morais e psicológicas onde vivem as/os personagens). As entrevistas foram gravadas em gravador digital e, posteriormente, transcritas. O critério estabelecido para encerrar as entrevistas foi a saturação teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As narrativas revelaram-se como possibilidade para compreender e comunicar a experiência humana subjetiva, enfatizando o significado, o processo de produzir histórias, as relações entre o narrador e os demais sujeitos, os processos de conhecimento e a multiplicidade de formas para captar e compreender a experiência.

Quanto aos aspectos éticos, as determinações da Resolução de número 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil foram obedecidas. A realização do estudo foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do CAAE 00554512.0.0000.5346. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi assinado por um dos pais ou outro membro adulto da família das adolescentes. O Termo garantia a preservação da identidade, o uso dos dados apenas para finalidade científica, a provisão de orientações relacionadas à saúde quando requeridas pelas adolescentes ou outros membros, e apoio psicológico, se necessário.

Adotou-se a análise temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentidos (MINAYO, 2010), que constituem uma comunicação em que a frequência ou presença possuam algum significado para o objeto analítico. As narrativas foram analisadas segundo um processo de compreensão e interpretação dos dados. Destinou-se especial atenção para a preservação da perspectiva das próprias adolescentes no conjunto do processo de análise dos dados. As similaridades existentes entre as experiências foram identificadas por meio de um processo de análise realizado de forma interpretativa (GEERTZ, 2008).

As categorias foram compostas e seus componentes incluídos, quando a maioria das adolescentes tinham expressado vivências semelhantes. Pequenos trechos foram extraídos das narrativas com a finalidade de exemplificar aspectos significativos constantes nas categorias, de modo a prover evidência à interpretação feita pela pesquisadora. Foi utilizado o sistema alfanumérico na sequência (A1, A2, A3...) e assim subsequente, para identificação das participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados nas seguintes categorias e seus componentes.

SENTIMENTOS VIVIDOS PELAS ADOLESCENTES NA GRAVIDEZ

No momento da narrativa, várias foram as demonstrações verbais ou não verbais de como essas adolescentes estavam se sentindo nesse novo contexto, cheio de novidades, mudanças e sensações. Foram identificados sentimentos como felicidade, emoção, responsabilidade e medo, mesclados com a sensação de “ser uma criança cuidando de outra”, ansiedade, amadurecimento, insegurança, entre outros.

O sentimento de alegria e felicidade por estar grávida emanou em várias respostas, pois algumas adolescentes desejavam muito engravidar e planejaram a gestação. O que confirma nas falas, a seguir.

Eu estava desconfiando, minha menstruação estava bem atrasada. Eu estava querendo, não estava tomando comprimido. Fiz o exame de sangue e deu positivo. Até brinquei com meu marido que estava [grávida] e ele disse que já sabia que eu estava mesmo antes de eu fazer o exame [...] a gente já mora juntos. Ele ficou bem feliz, ele já tinha certeza. Eu fiquei mais feliz ainda. (A3)

Eu não tomava comprimido e nem usava camisinha, eu já esperava. Porque não me cuidava, e tudo que tem que fazer para não engravidar a gente aprende. A mãe fala, a professora fala, mas fazer o certo que é bom, nada. Fiquei desconfiada porque não conseguia sentir cheiro de nada, principalmente couve, e fiz um exame de farmácia, meu marido estava junto na hora. A gente ficou bem feliz, mas a gente já esperava, não era novidade. No fundo no fundo a gente tava planejando, já vivemos juntos. (A4)

Estas falas demonstram que a gestação, para muitas adolescentes é um sonho ou uma perspectiva de vida, sendo natural, esperado e planejado. Para estas adolescentes, a maternidade aparenta ser uma forma de realização pessoal, o plano de vida ao qual a adolescente vai ao encontro.

Dentro dessa perspectiva, em seu estudo, Dias e Teixeira (2010) ressaltam que, em nossa cultura, a representação da maternidade pode ser vista como algo positivo e socialmente valorizado. Por isso, é fundamental que, ao buscar conhecer as representações acerca da gravidez na adolescência, possa-se atentar para o fato de que as adolescentes elaboram suas representações a partir de seu contexto social.

MUDANÇAS NA RELAÇÃO COM O PARCEIRO

Na fala a seguir, a adolescente relata as mudanças que a gestação proporcionou na relação com o parceiro.

Acho que em relação a mim e o meu namorado, é uma coisa para parar as brigas, sabe? Porque a gente brigava muito, eu batia de frente, nossos gênios não são fáceis. O bom é que agora nós conversamos bastante. Ele sempre me fala que vou ser uma mãe boa, a

gente entrou num acordo, eu achava que ele não queria a mesma coisa que eu, mas nós queremos a mesma coisa. (A7)

Os sentimentos positivos em relação à maternidade predominaram sobre os negativos, porque a qualidade de vida e a relação com o parceiro melhorou. O sentimento de vazio que existia em relação à vida, a incorporação do papel materno, a obtenção de uma razão para viver, e a sensação de pertencer a uma família foram alguns dos aspectos positivos mencionados pela adolescente.

MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E AS RESPONSABILIDADES ASSUMIDAS

Ao vivenciar a gestação, as adolescentes relataram algumas mudanças no estilo de vida e o desenvolvimento de responsabilidades com essa nova fase.

Minha vida hoje é bem diferente do que era antes. Acho que agora fiquei mais responsável, imagina, meu filho ou filha, porque não sei ainda se é guri ou guria, vai precisar de mim, e não quero que ele tenha uma mãe irresponsável. Eu não falto mais a aula, porque antes eu nunca ia, ficava na rua até tarde e matava aula. (A2)

Quero dar uma vida melhor pra ele [bebê], tranquila, feliz, quero estar perto, dar carinho pra ele. Acho que vai ser bom pra ele, sempre vai ter alguém do meu lado e dele. A gente sempre vai estar juntos. Já penso em ter outros filhos, ou esse vai ser o último, não sei, está na mão de Deus. (A3)

Muitas adolescentes mudaram seu estilo de vida após a incorporação do papel materno. Elas se distanciaram dos amigos e deixaram a “vida na rua” para destinar mais atenção aos seus filhos. Foram mudanças avaliadas de forma positiva para elas. Outro fator relevante que explica a felicidade das adolescentes por terem engravidado, ainda segundo um estudo de Dias et al (2011) é a possibilidade da constituição de uma família, mesmo em condições precárias e em uma fase precoce da vida, pois pode representar a possibilidade de liberdade para fazer tudo o que não era possível fazer, morando na casa dos pais ou dos familiares.

Ser mãe significa uma forma de se colocar no mundo como sujeito social. Antes eram apenas meninas, e passaram a serem mulheres que têm seus companheiros fixos, suas casas, suas responsabilidades.

Eu prefiro ter a criança do que ficar saindo por aí de noite que nem as outras. Prefiro ser mãe mesmo, é mais responsabilidade. (A5)

Mas eu vou procurar trabalhar bastante para poder dar um futuro melhor pra ela, para dar pra ela uma infância que eu não tive. (A6)

Agora sei que tenho que me cuidar, não posso ficar saindo para dançar e beber como eu fazia, eu saía bastante, bebia. (A8)

Em algumas sociedades, quando a mulher sai de casa, é esperado desta e de seu parceiro, que constituam uma família com filhos, independente das condições econômicas ou da maturidade do casal. O estudo de Resta et al (2010) levanta a possibilidade de que

a maternidade entre as adolescentes seria uma estratégia para elevar seu papel social, sendo a maternidade um papel social valorizado.

A INFLUÊNCIA DA INEXPERIÊNCIA E A DESCOBERTA DA GESTAÇÃO

Percebe-se, também, que algumas adolescentes demonstraram aumento da sensibilidade e certa ambivalência de sentimentos, fato comum nesse período da vida, repleto de transformações fisiológicas e emocionais, como se percebe por meio das respostas.

Daí depois que deu positivo eu chorava porque sentia um pouco de medo, por causa do meu pai, e porque também tava feliz. Sentia as duas coisas. (A5)

Foi um susto pra mim, eu senti tudo ao mesmo tempo. Todos os sentimentos possíveis. Me senti feliz. Pensei que não era verdade. Me senti apavorada. Tudo que tu pode imaginar ao mesmo tempo, porque era eu que aconselhava as outras, diziam “cuidado com a barriga. (A7)

Nas falas acima se percebe esta ambivalência afetiva na oscilação entre o desejo e o não desejo da gestação, o querer e o não querer da criança. Não há uma aceitação total ou rejeição total da gravidez, pois como refere um estudo (SOUZA; NOBREGA; COUTINHO, 2012) o sentimento oposto jamais estará inteiramente ausente.

No entanto, nota-se que, vários eventos associados, como o desconhecimento dos pais quanto ao início da atividade sexual, a dependência emocional e afetiva, o processo de formação da personalidade adulta e outras características comuns ao período da adolescência potencializam sentimentos como o medo, insegurança, angústia e ansiedade.

Outras adolescentes relataram algumas dificuldades no momento da descoberta da gravidez, a sensação da nova responsabilidade e de anunciar a gravidez aos parceiros. Percebe-se, também, o apoio destes e o sentimento de alívio para elas.

Na verdade quase caí para trás, né? Eu estava com bastante dor na barriga. Fiz um ultrassom, estava sozinha. Fiquei muito nervosa. Eu não estava planejando, estava muito cedo ainda. Nós estávamos alugando casa ainda, né? Depois ele ficou mais feliz que eu. (A1)

Com esses dois exames de farmácia, que deram positivo, que fiz em casa sozinha, eu sentava, conversava com Deus, agradecia, mas eu chorava muito. Quando ele soube, ele ficou muito feliz, então foi aí que eu fiquei mais alegre, sabe? Deu um alívio, me senti mais confortada. Daí, sim, eu quis assumir essa gravidez. (A2)

Eu não tive a sensação de dar a notícia de dizer “amor, senta que quero te dar uma notícia: - eu estou grávida”. Era o que mais queria fazer, tipo filme, novela. Foi bem chato essa parte, sofri bastante. Eu estou muito feliz. Às vezes, dá aquela coisa assim, que poderia tá aproveitando minha vida de outra maneira, mas aí eu paro, penso, boto a mão na minha barriga, sinto ela, me vejo falando com ela, é outra coisa. Daí eu já entro em outra realidade e viro outra. (A6)

Foi difícil, no começo foi porque eu não queria, é muita responsabilidade, daí tive que aceitar, mas agora é tudo que eu quero. Acho que deu uma alegria, agora eu estou mais feliz. Eu era muito tímida antes, muito fechada. Agora falo mais, tenho mais sobre o que

falar, me sinto muito feliz. Ter uma pessoa dentro de ti é bem diferente. Para mim, foi uma grande coisa. (A8)

Ao referirem o aumento de responsabilidades, constata-se assim como no estudo de Carvalho, Merighi e Jesus (2009), que parece haver uma busca de estabilidade revelada por meio da percepção do filho como algo próprio, um bem. Isso pode revelar uma tentativa de obter autonomia, atingir a maturidade e perceber sua própria competência para cuidar do filho.

O apoio do parceiro e a visão romântica da gravidez aparecem nas falas desta pesquisa, assim como no estudo de Hoga, Borges e Reberte (2010), que reportam-nos a refletir sobre os motivos que levaram à gravidez, e se entre eles, estava o de independência dos pais e a consolidação, na visão da adolescente, do amor e estabilidade no relacionamento com o parceiro e no desejo de constituir uma família.

As narrativas mostram, também, a falta de experiência em desempenhar o papel de mãe. As verbalizações referem-se às dificuldades e insegurança no processo de cuidar da criança. Logo, é preciso compreender que os assuntos relacionados à transição ao papel materno não podem ser associados apenas às questões biológicas, mas também às questões sociais e emocionais, pois a complexidade do fenômeno da transição não envolve apenas a adolescente, mas toda sua rede de relacionamentos.

Nesse sentido, Silva et al (2009) destacam que as gestantes adolescentes consideram a família como principal fonte de suporte frente às vivências da fase em que se encontram. Sendo fundamental a experiência e os conhecimentos de outras mulheres da família, por já terem vivenciado o puerpério, período importante na construção do ser mãe.

PLANEJANDO A GRAVIDEZ

Nos casos em que há o desejo de engravidar, constatou-se que a gestação na adolescência pode significar a realização de algo planejado previamente pelas adolescentes, considerado um sonho realizado, como pode ser constatado a seguir.

Minha mãe nem sabia que eu queria ter filho, ela dizia para eu estudar primeiro, me formar, eu sempre disse que ia fazer Direito. Ela dizia para eu fazer a faculdade, estudar primeiro e depois ter filho. E nós queríamos muito ter um filho. (A2)

No presente estudo, pôde-se perceber que existia o desejo imediato de ser mãe, por parte de algumas adolescentes entrevistadas. As adolescentes, juntamente com seus companheiros, desejavam e, por vezes, planejavam a chegada de um filho para este momento, mesmo que isso fosse contrário ao desejo de seus pais. Na pesquisa de Caminha et al (2010) é observado que a gestação para as adolescentes, algumas vezes, é parte de um projeto de vida, por isso, sentem-se felizes. Ainda afirma que, nesse contexto, a gestação na adolescência não é vista como problema, mas como um objetivo a ser alcançado.

No estudo de Andrade, Ribeiro e Ohara (2009), com a mesma temática, é mencionado que o desejo de ser mãe impulsiona a adolescente a vivenciar essa experiência em sua concretude, o que faz com que ela planeje sua gravidez, ou não tome precauções para que a mesma seja impedida. Sendo que, algumas situações, a emergência de ter um filho pode ser influenciada pelo companheiro, o que faz aflorar a vontade de algo que não era planejado para aquele momento.

PROGRAMANDO O FUTURO

Os principais sonhos das mães adolescentes desse estudo consistiam em promover a própria condição de vida e a de seus filhos, um futuro melhor para ambos e manter a família. A incorporação do papel materno na identidade, o que significava a existência de uma criança requerendo sua atenção, consistia em estímulo para que as adolescentes fossem em busca da conquista de seus desejos e lutassem pela promoção da qualidade de vida.

Eu quero arrumar uma casa só para mim e para o pai dele, ter as nossas coisas. É só isso que eu quero. Eu quero trabalhar em mercado. (A5)

Ela vai nascer e eu vou ter minha casinha, ela o quartinho dela. Eu vou trabalhar quando ela tiver alguns mesinhos já, eu a coloco num lugar, numa creche. Esse é o meu medo de colocar num lugar que não cuidem, maltratem e depois a gente se sente culpada. [...] Mas eu vou procurar trabalhar bastante para poder dar um futuro para ela, para dar para ela uma infância que eu não tive. (A8)

A principal preocupação das adolescentes estava direcionada a evitar que eles venham se deparar no futuro com os mesmos problemas financeiros e familiares, que elas vivenciaram durante a infância e a adolescência. Por essa razão, elas desejavam encontrar um bom emprego e, de acordo com as próprias possibilidades, obter um melhor nível de escolaridade. Nascimento et al (2012) constatam da mesma forma o desejos das gestantes adolescentes em trabalhar, bem como criar os filhos, ajudar em casa e ter a casa própria, no entanto, apenas uma relatou interesse em terminar os estudos.

A representação da gravidez enquanto dom divino denota que as adolescentes atrelam a gravidez a uma dívida de Deus, conforme apresenta-se a seguir.

Isso é uma benção de Deus sabe? Tem tanta gente que é casado há tempos, minha vizinha tem 14 anos e quer ser mãe e não consegue! (A7)

Na inspiração divina, elas buscam suporte para se apoiarem, refletindo uma dimensão religiosa. O fato de as entrevistadas confiarem a ocorrência da gestação, mesmo incidindo na adolescência, à decisão de Deus, encontra fundamento na interpretação cultural (GEERTZ, 2008), a qual compreende que as experiências que envolvem a perplexidade, o desconhecido, o inesperado, ou ainda, o paradoxo moral, impulsionam os homens para crenças em deuses, espíritos, assumindo o pressuposto de uma autoridade sobrenatural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, apesar de a gravidez na adolescência se caracterizar, no sentido geral, como advento fora de hora e atrelado a outros constituintes de conotação negativa, ela também é elaborada e percebida pelas adolescentes como evento gerador de condicionantes positivos. Evidencia-se, assim, uma dualidade inerente ao ser adolescente do sexo feminino de classes mais populares, que apesar de repetir um discurso social de inadequação e incompatibilidade entre a gravidez e a adolescência, tem a gestação representada com naturalidade.

Os significados que a gestação possui na vida dessas adolescentes foram representados no relato de sentimentos que envolviam amor, felicidade e responsabilidade. Além disso, em relação à gravidez planejada, chama-se a atenção para o real significado atribuído pelas adolescentes. Muito se fala em gravidez “indesejada” e questiona-se sobre o que quer dizer a noção simplista de algo indesejado. Indesejado para quem? O que a leva a ser indesejado e por que a gravidez é sempre dita, na adolescência, como indesejada, precisando ser prevenida? É necessário conhecer melhor os sonhos e os ideais que orientam os projetos de vida das adolescentes como um todo, tendo sido essa compreensão ratificada no presente estudo. Além disso, depreende-se a necessidade de uma rede de apoio a estas gestantes, considerando como sustentadora para uma perspectiva positiva nos planos futuros das adolescentes.

Concluiu-se que este estudo seja considerado relevante, na medida em que pode favorecer o redirecionamento da assistência de enfermagem, de maneira a encontrar modos de cuidar que incluam a diversidade cultural das adolescentes em seu processo de adolecer e o significado que atribuem a sua gestação, que, por muitas vezes, é positivo. Contribuindo, assim, de fato, para a apropriação de uma maior autonomia na escolha do momento da gravidez e, por conseguinte, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dessa clientela singular.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Paula Rosenberg de; RIBEIRO, Circéa Amália; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 662-668, 2009.

CAMINHA, Náira de Oliveira et al. Gestação na adolescência: do planejamento ao desejo de engravidar – estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

CARVALHO, Geraldo Mota de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2009.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 72-85, 2010.

DIAS, Ana Cristina Garcia et al. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 153-167, 2011.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilella; REBERTE, Luciana Magnoni. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 151-157, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

NASCIMENTO, Jocielle Anchieta do et al. Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Adolescência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 37-46, 2012.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 552-557, 2009.

RESTA, Darielli Gindri et al. Maternidade na adolescência: significado e implicações. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 68-74, 2010.

SANTOS, Carolina Carbonell. **O significado da gravidez para gestantes adolescentes**. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem. UFSM, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002.

SILVA, Luciane Amorim da et al. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2009.

SOUZA, Andrea Xavier Albuquerque; NOBREGA, Sheva Maia; COUTINHO, Maria da Penha Lima. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia e sociedade**, v. 24, n. 3, p. 588-596, 2012.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Teaching and Learning Strategies in the Process of Physical Therapist Training

Erielson dos Santos Bossini¹
Kátia Simone Kietzer²
Renato da Costa Teixeira³
Robson José de Souza Domingues⁴

Recebido em: 06 out. 2015
Aceito em: 02 mai. 2016

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar as estratégias de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em Fisioterapia das Instituições de Educação Superior (IES) de Belém (PA). Tratou-se de uma pesquisa transversal, descritiva, quantitativa, com aplicação de questionários com perguntas fechadas. Foram incluídos 61 docentes fisioterapeutas e 120 egressos dos cursos de Fisioterapia das IES do município de Belém (PA). Os dados coletados foram processados por meio do programa BioEstat versão 5.3 e apresentados por medidas de tendência central e de variação. Entre as estratégias de ensino, foram identificadas: aulas expositivas, discussões de situações clínicas, tutoriais, oficinas práticas, estudos dirigidos, ensino baseado em problemas, aulas práticas em laboratórios, na comunidade, em clínicas e em hospitais, simulações, vídeos e dinâmicas em grupo. Apesar de as novas estratégias de ensino-aprendizagem serem utilizadas por alguns docentes, percebe-se que o processo de formação do fisioterapeuta ainda é baseado no modelo tradicional de ensino.

Palavras-chave: Estratégias de ensino. Métodos de ensino. Estratégias educacionais. Educação em saúde.

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the teaching-learning strategies in graduation courses in Physical Therapy of Higher Education Institutions of Belém-Para. This was a cross-sectional, descriptive, quantitative research with questionnaires with closed questions. 61 teachers of physiotherapy and 120 graduates of Physiotherapy courses of the university in the city of Belém (PA) were included. The collected data were processed through BioEstat program version 5.3, presented by measures of central tendency and variation. Among the teaching strategies have been identified: lectures, discussions of clinical situations, tutorials, practical workshops, directed studies, problem-based learning, practical classes in laboratories, in the community, clinics and hospitals, simulations, videos and group dynamics. Despite the new teaching-learning strategies have been used by some teachers, it is perceived that the physiotherapist training process is still based on the traditional model of

¹ Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia. E-mail: erielsonbossini@hotmail.com.

² Doutora em Neurociências e Biologia Celular. Docente da Universidade do Estado do Pará. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. E-mail: kkietzer@yahoo.com.

³ Doutor em Educação. Docente Universidade do Estado do Pará. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. E-mail: teixeirarenato@globo.com.

⁴ Doutor em Ciências Biológicas Anatomia. Docente da Universidade do Estado do Pará. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. E-mail: domingues100@yahoo.com.br.

education.

Keywords: Higher education. Physical therapy. Teaching. Health education.

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é uma ciência da saúde, que sofreu e ainda sofre forte influência do paradigma newtoniano-cartesiano em seu processo de ensino-aprendizagem (KULCZYCKI e PINTO, 2002; VIEIRA et al., 2002). Para Bispo Junior (2009), a ampliação desregulada do número de cursos e vagas originou problemas como inexistência de planejamento, baixa qualidade do ensino e desequilíbrios entre áreas de conhecimentos e entre regiões geográficas.

A este respeito nos dizem Ceccim e Feuerwerker (2004):

O ensino na graduação da área de saúde tradicionalmente é caracterizado por um formato centrado em conteúdos, muitas vezes especializados, e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre os núcleos temáticos; com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula ofertas de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação.

Segundo a concepção de Cyrino e Toralles-Perreira (2004), mudar essa estrutura de ensino torna-se desafiante, pois é necessário inicialmente romper com paradigmas estabelecidos e com o modelo tradicional. A implantação de metodologias ativas e a inclusão do aluno no mercado de trabalho mais cedo podem facilitar o processo de aprendizagem e contribuir para que os alunos desenvolvam habilidades necessárias ao exercício profissional (CÂMARA e SANTOS, 2012).

Para Almeida e Batista (2013), a construção de uma proposta de aprendizagem embasada em metodologias ativas em sua prática pedagógica mostra-se uma tarefa desafiadora, visto que requer participação não só dos docentes, como também dos discentes e gestores, sendo fundamentais o apoio institucional e parcerias com outros ambientes de ensino e aprendizagem.

Nesse contexto, devido às necessidades sociais e às recomendações contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Fisioterapia (DCN/FISIO), editadas em 2002, o cenário acadêmico passou a exhibir novos princípios e regras, fundamentados em procedimentos operacionais na formação do fisioterapeuta no Brasil, entre eles a preocupação em incluir novas metodologias e referenciais de ensino, procurando integrar ensino, comunidade e serviços de saúde.

Portanto, essa nova forma de ensinar deve propor estratégias interdisciplinares e buscar contextualizar a profissão de forma significativa com a finalidade de formar um profissional fisioterapeuta com perspectiva generalista, humanista, que seja crítico e reflexivo, e que possa em sua prática atuar em todos os níveis de atenção à saúde, embasado no rigor científico e intelectual, segundo recomenda o artigo 3º das DCN/FISIO.

Este estudo buscou identificar, por intermédio do reconhecimento dos egressos e dos docentes, as estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas nos cursos de graduação em Fisioterapia da cidade de Belém (PA).

MATERIAIS E MÉTODOS

No município de Belém (PA), existem cinco IES que ofertam o curso de Fisioterapia, sendo que duas são de natureza jurídica pública e três privadas. Destas três são universidades, uma é centro universitário e uma é faculdade. Foram inclusas na pesquisa quatro IES, sendo uma excluída pois ainda não apresentava turma formada no período da coleta dos dados.

Como abordagem metodológica, optou-se por um estudo descritivo e transversal, construído com a aplicação de questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas fechadas. O questionário foi aplicado a 61 docentes e 120 egressos dos cursos de graduação em Fisioterapia de quatro instituições de educação superior do município de Belém (PA). No estudo, foram incluídos os docentes fisioterapeutas que ministraram disciplinas específicas ou de prática supervisionada do curso de Fisioterapia e que participaram da formação dos fisioterapeutas egressos no período de 2010 a 2012.

No caso de o docente ministrar aula em mais de uma IES, optou-se pela instituição de maior tempo de docência. Também fizeram parte deste estudo fisioterapeutas, de ambos os sexos, egressos dos cursos das IES participantes do estudo formados no período de 2010 a 2012 e registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região (Crefito 12).

Os dados foram analisados e tabulados com base na estatística descritiva, ou seja, por meio das distribuições de frequências absolutas e relativas. Dessa forma, verificou-se que a inferência estatística foi realizada pela aplicação de um método não paramétrico: o teste do Qui-quadrado para duas amostras independentes proposto por Ayres et al. (2007), que possibilitou a comparação entre docentes e egressos. Posteriormente, foi estabelecido o nível de significância $\alpha = 0,05$ (Erro Alfa = 5%) para rejeição da hipótese de nulidade. Todo o processamento estatístico foi realizado com base no programa BioEstat versão 5.3.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado do Pará, protocolado no CAAE sob o nº 13613513.0.0000.5174. Todos os participantes assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre, foram devidamente esclarecidos e receberam uma cópia desse termo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias pedagógicas de ensino utilizadas pelos docentes na graduação em Fisioterapia nas IES identificadas pelos egressos foram: aulas expositivas (94,2%), aulas

práticas em laboratórios (92,5%), aulas práticas na comunidade (77,5%), aulas práticas em clínicas (90,0%), aulas práticas em hospitais (96,7%), simulações (35,8%), discussões de situações clínicas (80,0%), tutorias (19,2%); 3,3% dos egressos citaram outras estratégias metodológicas de ensino, entre elas a apresentação de trabalhos em escolas públicas, estágios curriculares e seminários temáticos.

Quando os docentes foram questionados a respeito das estratégias pedagógicas utilizadas durante a graduação, obtivemos como resposta: aulas expositivas (86,9%), aulas práticas em laboratórios (59,0%), aulas práticas na comunidade (37,7%), aulas práticas em clínicas (42,6%), aulas práticas em hospitais (44,3%), simulações (42,6%), discussões de situações clínicas (96,7%), tutorias (36,1%); 24,6% dos docentes citaram outras estratégias de ensino, entre elas vídeos, dinâmicas em grupo, estudos dirigidos, projeto de extensão, vivências práticas, problematização, visitas a oficina ortopédica e visitas à comunidade. A Tabela 1 apresenta a comparação dos achados com o devido valor de p.

Tabela 1 – Estratégias de ensino utilizadas no processo ensino-aprendizagem de Fisioterapia, no período de 2010 a 2012, relatadas por egressos (n = 120) e por docentes (n = 61), na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO UTILIZADAS	EGRESSOS DE FISIOTERAPIA (%)	DOCENTES DE FISIOTERAPIA (%)	p-valor
Aulas expositivas	94,2	86,9	0,1632
Práticas em laboratórios	92,5	59,0	< 0,0001*
Práticas na comunidade	77,5	37,7	< 0,0001*
Práticas em clínicas	90,0	57,4	< 0,0001*
Práticas em hospitais	96,7	55,7	< 0,0001*
Simulações	35,8	57,4	0,0091*
Discussões de situações clínicas	80,0	96,7	0,0050*
Tutoria	19,2	36,1	< 0,0212*
Outras estratégias	3,3	24,6	< 0,0001*

*Qui-quadrado

Fonte: Dados coletados e tabulados pelos autores.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Fisioterapia preconizam, no seu Art. 9º, que o aluno deve ser o sujeito da aprendizagem, e o professor, um facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (COSTA, 2010).

Dessa forma, verificou-se que houve predominância das aulas expositivas durante o processo de graduação em Fisioterapia, ou seja, essa estratégia pedagógica de ensino foi identificada pelos egressos (94,2%) e docentes (86,9%).

Guedes et al. (2013) ressaltam que as aulas expositivas acabam se refletindo nas práticas pedagógicas dos docentes, que estão voltadas para um modelo de ensino tradicional.

Os percentuais obtidos nas respostas mostram que os docentes utilizaram em suas estratégias metodológicas uma diversidade de técnicas pedagógicas de ensino, focadas em aulas práticas em laboratórios, aulas práticas na comunidade, aulas práticas em clínicas, aulas práticas em hospital, simulação, discussões de situações clínicas, tutorias, apresentação de trabalhos em escolas públicas, seminários temáticos, dinâmicas em grupo, estudos dirigidos, problematização, visitas em oficina ortopédica. Em suas pesquisas, Al Maghraby e Alshami (2013) relataram que essa diversificação de estratégias de ensino resultou em um ambiente ideal e favorável ao aprendizado.

Em outras pesquisas realizadas em 2010, observou-se o emprego de novas estratégias metodológicas de ensino, tal como a simulação relatada por Elias et al. (2010), que é fundamental à segurança do paciente ou do futuro profissional frente ao paciente, proporcionando eficiência no ensino de habilidades para o treinamento de estudantes de Fisioterapia, além de facilitar e estimular a interação dos alunos durante o processo de aprendizagem (PALMGREN et al., 2014).

Destaca-se que a predominância da utilização das aulas expositivas pelos docentes caracteriza de forma clara que as IES ainda empregam o modelo tradicional de ensino, no qual o professor é o detentor do conhecimento teórico e metodológico, e o aluno, um mero receptor e reproduzidor destes conhecimentos (CECCIM e FEUERWERBER, 2004; SIGNORELLI et al., 2010).

Maciel et al. (2005) relataram que a utilização de estratégias de ensino-aprendizagem nas quais o aluno é estimulado a construir o conhecimento possibilitam ao docente trabalhar problemas reais e diversificados, como também desenvolver no aluno a capacidade técnica e hábil de aprender a aprender e, conseqüentemente, tomar decisões nas mais diversificadas situações em que o fisioterapeuta atua.

Este novo modelo de ensino-aprendizagem é fundamental, pois não só torna a IES capaz de atender às demandas da sociedade, como permite o desenvolvimento de docentes e alunos. Neste modelo, a aprendizagem ocorre de forma cooperada, com trocas recíprocas. Nesse contexto, também se promove a construção do conhecimento, integrando os conteúdos teóricos e práticos de forma transdisciplinar, permitindo e facilitando o trabalho em equipe, estimulando a tomada de decisões, a comunicação, a liderança e o empreendedorismo, conforme preconizado pelas DCN/FISIO (PALMGREN et al., 2014).

A implantação de metodologias que estimulem o aluno a buscar o conhecimento no contexto acadêmico e a inclusão do aluno na prática mais cedo facilitam e possibilitam o processo de ensino-aprendizagem, aspecto que favorece o desenvolvimento, nos alunos, de habilidades técnicas para o exercício profissional (BISPO JUNIOR, 2009).

Porém, a utilização de outras estratégias de ensino pelos docentes do estudo pode indicar que o ensino da Fisioterapia no município de Belém inicia um processo de transformação em que o aluno deixa de ser um espectador e passa a ser o sujeito do processo de ensino-aprendizagem, e o docente, um facilitador e mediador deste processo.

Essa tendência foi identificada por Ricieri (2002) e Maciel et al. (2005), que mencionam que o ensino em Fisioterapia necessita de atualização metodológica e capacitação dos docentes.

É desafiante construir uma proposta de aprendizagem embasada em metodologias ativas, pois, na prática, isto requer a participação ativa dos docentes, como também dos estudantes e gestores, apoio institucional e parcerias com outros ambientes de ensino e aprendizagem (ALMEIDA e BATISTA, 2013).

De acordo com pesquisa realizada por Costa (2010), a atividade docente no curso de Fisioterapia precisa ser cada vez mais qualificada, no sentido de buscar concretizar-se, voltada para um foco crítico, reflexivo e problematizador, para, dessa forma, buscar acompanhar as perspectivas atuais das relações educativas nesse novo contexto educacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As IES no Brasil buscaram iniciar e promover uma transformação no processo de ensino-aprendizagem no curso de Fisioterapia para se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais e formar profissionais qualificados no novo cenário educacional. Ao mesmo tempo, as instituições de educação superior, os gestores, os docentes e os alunos passaram por adequações e transformações para poder alcançar as competências e habilidades preconizadas pelas DCN/FISIO.

Dessa forma, a graduação em Fisioterapia no município de Belém (PA) passa gradualmente por este processo de mudanças e adequações, embora ainda haja certa resistência ao novo modelo de ensino-aprendizagem. Apesar da predominância de aspectos do processo de formação embasados no modelo tradicional de ensino, com prevalência de aulas expositivas, verificou-se que alguns docentes utilizam referenciais e métodos ativos, absorvendo esse novo papel do professor.

O cenário educacional atual exige desse docente uma nova postura educacional, na qual ele assume o papel de mediador da aprendizagem nos vários ambientes da saúde onde o fisioterapeuta atua.

Nossos resultados apontam que há uma dificuldade nessa mudança de postura educacional nos docentes que atuam nos cursos de Fisioterapia em Belém (PA) e que, apesar da existência de alguma diversidade nas estratégias metodológicas utilizadas por alguns docentes, o processo de formação do fisioterapeuta ainda está embasado no modelo tradicional de ensino transmissivo e focado no professor.

REFERÊNCIAS

AL MAGHRABY, M. A., ALSHAMI, A. M. Learning style and teaching method preferences

of Saudi students of physical therapy. **Journal of Family and Community Medicine**. v. 20, n. 3, p. 192-197, 2013.

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho docente no contexto PBL: essência para a aprendizagem e formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.37, n.2, p. 192-201, 2013.

AYRES, M.; AYRES JR., M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat 5.3: Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007.

BISPO JUNIOR, J. P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde**. v.16, n.3, p. 655-668, 2009.

CÂMARA, A. M. C. S.; SANTOS, L. L. C. P. Um estudo com egressos do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): 1982-2005. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, p. 5 – 17. 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

COSTA, J. A. Formação profissional do fisioterapeuta e os desafios da docência. **Revista Movimenta**. v.3, n.4, p. 195-202, 2010.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA. M. L. Trabalhando estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno Saúde Pública**. v.20, n.3, p. 780-788, maio/jun, 2004.

ELIAS, F. P.; SCHIMIDT, A.; PAZIN-FILHO, A. Adesão e percepções sobre a simulação em graduação nas ciências da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.34, n.4, p. 549-553, 2010.

GUEDES, M. J. P.; ALVES, N. B.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. Ensino e práticas da Fisioterapia aplicada à criança na formação do fisioterapeuta. **Fisioterapia e Movimento**. v. 26, n. 2, p 291- 305, 2013.

KULCZYCKI, M. M.; PINTO, N. B. Fisioterapeuta-Professor: práticas pedagógicas e saberes docentes. **Revista Diálogo Educacional**. v.3, n.5, p.75-85, 2002.

MACIEL, R. V.; SILVA, P. T. G.; SAMPAIO, R. F.; DRUMMOND, A. F. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino da Fisioterapia. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v. 18, n. 1, p. 11-17, 2005.

PALMGREN, P. J.; LINDQUIST, I.; SUNDBERG, T.; NILSSON, G. H.; LAKSOV, K. B. Exploring perceptions of the educational environment among undergraduate physiotherapy students. **International Journal of Medical Education**. v.5, p.135-146, 2014.

RICIERI, D. V. Fisioterapia baseada em evidências: uma experiência prática no ensino. **Tuiuti: Ciência e Cultura**. n.8, FCBS 03, p.87-108, 2002.

SIGNORELLI, M. C.; ISRAEL, V. L.; CORRÊA, C. L.; MOTTER, A. A.; TAKEDA, S. Y. M.; GOMES, A. R. S. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v. 23, n. 2, p. 311-340, 2010.

VIEIRA, P. S.; BAGGIO, A.; MARASCHIN, R. Estudo de Fisioterapia e implicações para o exercício profissional. **Saúde em Revista**. v.9, n.21, p 41-47, 2007.

A PRÁTICA DA MEDICINA TRADICIONAL NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO DOS TEMPOS COLONIAIS

The Practice of Traditional Medicine in Brazil: A Rescue Historic of Colonial Times

Maysa de Oliveira Barbosa¹
Izabel Cristina Santiago Lemos²
Marta Regina Kerntopf³
George Pimentel Fernandes⁴

Recebido em: 24 dez. 2015
Aceito em: 15 jun. 2016

RESUMO: Por meio deste estudo, realizou-se um resgate histórico da participação dos principais grupos populacionais na difusão e construção do conhecimento da medicina tradicional. A medicina tradicional brasileira teve sua construção regida pela interação de diversas práticas empíricas, como o uso de recursos naturais, atos religiosos e magia, ligadas às culturas indígena, europeia e africana. Dessa forma, afirma-se que o conjunto de saberes da medicina tradicional brasileira coexiste com o saber médico instituído pelo cientificismo, constituindo, assim, um patrimônio rico da história humana e das ciências humanas e de saúde.

Palavras-chave: Medicina Tradicional. Cultura. Etnologia. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT: With this study we performed a historical survey of the participation of relevant population groups in the dissemination and construction of knowledge of traditional medicine. The Brazilian traditional medicine had its construction guided by the interaction of many empirical practices such as the use of natural resources, religious ceremonies and magical practices, related to indigenous, European and African cultures. Therefore, it is stated that the body of knowledge of traditional Brazilian medicine coexists with medical knowledge instituted by scientism, thus constituting a rich heritage of human history and human and health sciences.

Keywords: Traditional Medicine. Culture. Ethnology. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

INTRODUÇÃO

A medicina tradicional se constitui da lógica perceptiva e de experiências fundamentalmente não tão compreendidas, mas que se tornaram notáveis e perfazem

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (Bolsista Funcap/ URCA). E-mail: maysabarbosa.ce@gmail.com.

² Mestre. Docente da Universidade Regional do Cariri; Doutoranda pela UFRPE. E-mail: izabel_santiago@hotmail.com.

³ Doutor. Docente Adjunto da Universidade Regional do Cariri. E-mail: martareginakerntopf@outlook.com; pimentelprof@outlook.com.

⁴ Doutor. Docente Adjunto da Universidade Regional do Cariri. E-mail: martareginakerntopf@outlook.com; pimentelprof@outlook.com.

grande importância para a construção dos conhecimentos que circundam a nossa existência (CUNHA, 2007; ELISABETSKY, 2003).

Os costumes, os saberes e as crenças encontrados no Brasil, originaram-se de uma complexa fusão entre diferentes culturas, que em determinado momento histórico encontraram-se e deram início a uma profunda e contínua troca de concepções e de costumes relacionados a diversos aspectos do cotidiano, culminando em uma rede múltipla e interligada de saberes, que se complementam, contrapõem-se e compõem parte indelével de nossa identidade cultural.

No Brasil, foi especialmente no período colonial, que esse processo desencadeou-se de forma mais intensa (BORIS, 1995). Diz-se de forma mais intensa ou perceptível porque os ameríndios que ocupavam os territórios nacionais antes da chegada dos europeus e dos africanos, agrupavam-se em tribos distintas, em pontos diferenciados das vastas terras brasileiras, do litoral ao interior, e desenvolviam um conjunto de relações específicas e culturalmente apreendidas em suas comunidades (RIBEIRO, 1997).

Assim, embora tivessem aspectos semelhantes entre as diferentes tribos, tais como: a disposição das habitações em torno de um centro cerimonial e a valorização da arte expressa na pintura corporal e em vasos artesanais, seria um erro concluirmos que não existia qualquer espécie de distinção nas suas práticas cotidianas relacionadas à religião; uso da terra e cura de doenças. Essas diferenças, inclusive, são perceptíveis até os nossos dias.

Para exemplificar esse aspecto, antes da colonização europeia, havia cerca de 200 000 tribos, seminômades e compostas por diferentes grupos étnicos. Assim, embora alguns historiadores defendam que esses grupos eram pouco heterogêneos, pode-se afirmar que havia, de fato, características culturais ímpares, conforme observado nas comunidades indígenas atuais (HOLANDA, 2003).

Um dado prático dessas diferenças culturais são as diversas línguas indígenas encontradas entre os índios brasileiros. No Brasil, por exemplo, ainda existem 188 línguas indígenas, entre elas encontramos desde o Guaraní, o Arawake- Maipure, o Ianomano e o Tupi até dialetos como o Xavante e o Tapaiúna (FUNAI, 2013).

Desse modo, é coerente afirmar que já existia um intercâmbio cultural entre as diferentes tribos indígenas no território brasileiro antes da chegada dos europeus, sendo essas influências condicionadas, em especial, pela relação estabelecida entre as tribos, e envolviam desde práticas de caça e de pesca, até o uso das propriedades das já utilizadas plantas medicinais, entre outros recursos que extraíam da natureza (GURGEL, 2011).

Diante disso, pretendeu-se por meio deste estudo, realizar um resgate histórico da participação dos principais grupos populacionais, na difusão e construção do conhecimento da medicina tradicional brasileira à luz do tempo colonial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERÍODO COLONIAL E SUA INFLUÊNCIA NO INTERCÂMBIO CULTURAL

BRASILEIRO

O processo de colonização instituído pelos portugueses no Brasil, que se configurou como marco decisivo para o intercâmbio cultural que existiria entre os ameríndios, os brancos e os negros, deu origem aos diversos aspectos peculiares observados atualmente na inteira herança cultural do povo brasileiro (ARAÚJO, 2004; RIBEIRO, 1995).

Foi no ano de 1500 que os primeiros portugueses tiveram os primeiros contatos com os indígenas, ao que alguns historiadores denominam como o estopim para o “encontro de culturas” que se entrelaçaria e tornar-se-ia mais evidente com o decorrer dos séculos (MOTA; LOPES, 2012).

Entretanto, toma-se conhecimento de que esse denominado “encontro de culturas” representou para alguns indígenas a perda completa ou parcial de suas peculiaridades culturais, uma vez que se tentou impor ou condicionar aos indígenas o que foi caracterizado como um processo “civilizatório”, sendo esse extremamente prejudicial quando consideramos o viés presente dessa atitude sob a ótica do etnocentrismo. O etnocentrismo, por sua vez, caracteriza-se como:

Visão de mundo, contrária à ideia de diversidade das sociedades e culturas, fundamentada em valores de uma única sociedade, A lógica do etnocentrismo consiste, pois, em pensar o mundo por meio de um referencial único, ou seja, tendo como referência a cultura, os valores e costumes de uma sociedade em detrimento de outra, manifestando-se por meio de julgamento de valores da cultura do outro, seu modo de pensar e agir (NAKAMURA, 2011, p.98).

Assim, durante os anos de 1500 a 1530, poucos foram os empreendimentos realizados nas novas terras e as tentativas de ocupação foram desarticuladas e incipientes, cabendo às denominadas expedições tarefas generalistas como: mapear parte do território então conhecido e atestar a existência do pau-brasil (HOLANDA, 2003).

Contudo, foi a partir de 1530, que a ocupação e dominação portuguesa assumiram novos empenhos na figura de Martin Afonso de Souza, nomeado por Dom João III como capitão-mor das terras coloniais, intensificando o processo de exploração mineral e vegetal, bem como distribuindo lotes de terras ou sesmarias (BORIS, 1995; HOLANDA, 2003).

Posteriormente, a partir da primeira metade do século XVI, devido ao início da produção de açúcar no Brasil, deu-se início ao processo de escravização do negro em virtude da necessidade de mão de obra barata e que possibilitasse uma produção que atendesse à demanda e gerasse lucros, embora os índios também fossem escravizados (HOLANDA, 2003).

Portanto, à vista dessa breve consideração acerca da formação da conjuntura social brasileira a partir de 1500 e antes disso, discorreremos sobre como se deu início a formação do atual corpo de conhecimentos que integra atualmente a nossa concepção de medicina tradicional no Brasil e as contribuições dos diferentes grupos populacionais para essa troca de informações entre culturas a respeito do binômio saúde-doença.

Entretanto, salienta-se não ser essa uma tarefa simplista, levando em consideração o que Gurgel (2011, p. 13) definiu como fato: “A virtual falta de informação sobre saúde e medicina de um Brasil nascente”. A carência de registros escritos pelos próprios índios brasileiros constitui ainda em uma limitação relevante nesse aspecto.

CULTURA INDÍGENA E PRÁTICAS MEDICINAIS

Antes da chegada do homem europeu, a troca de informações culturais que consistia no conhecimento etnomédico dos ameríndios era vivenciada apenas entres as diferentes tribos que ocupavam as terras brasileiras, e já consistia em um conjunto de práticas extremamente complexas, em especial referente ao uso de ervas da flora nativa, e que respaldariam, futuramente, estudos de médicos naturalistas ainda no período colonial (CALACA, 2002; RIBEIRO, 1997).

No que diz respeito à saúde indígena durante o início da colonização do Brasil, pode-se mencionar as denominadas “febres”, disenterias e dermatoses, além do bócio endêmico, como patologias mais comuns entre os ameríndios. Acerca do bócio entre os nativos e das dificuldades em assegurar fontes históricas confiáveis a respeito da saúde dos ameríndios pré-colonização, Gurgel destacou:

O bócio é mencionado na literatura sobre doenças nativas antes do descobrimento, mas não são fornecidas as fontes originais [...] Os antigos cronistas tinham subsídios para descrevê-las, pois a afecção leva a um aumento de volume do pescoço que, quando acentuado, é fácil identificar [...] Entretanto, a presença ou ausência de bócio no período pré-colonial [...] são apenas possibilidades pertencentes ao escorregadio terreno das especulações (GURGEL, 2011, p. 33-34).

Contudo, nas crônicas disponíveis datadas do início do período da colonização brasileira, os índios são retratados como vigorosos; robustos; limpos; saudáveis e praticantes de suas próprias artes medicinais que se mostravam inseridas no contexto das enfermidades enfrentadas por eles antes da colonização (GURGEL, 2011).

A respeito dessa afirmação, Freitas (1935) alistou alguns comentários de importantes figuras da história da colonização brasileira e da medicina ocidental, no que diz respeito à imagem que se tinha dos índios no que concerne aos aspectos relacionados a sua saúde:

Azevedo Sodré [...] afirmava, de acordo com a unanimidade dos cronistas da descoberta e da colonização que [...] não foram encontrados pelos portugueses, holandeses e franceses, quer no litoral, quer no interior, índios ventrudos, caquéticos e opilados [...] ao que acrescentava Pedro Vaz Caminha: “os seus corpos são tão limpos e tão gordos e formosos, que não pode mais ser” [...] o Padre Manoel da Nóbrega [...] dos primeiros

tempos de sua colonização, escrevia [...] “nunca ouvi dizer que morresse alguém de febre, mas somente de velhice” (FREITAS, 1935, p. 15-16).

Ainda nesse âmbito, Ribeiro (1997) destaca no que tange às condições de salubridade em terras brasilíndias antes do processo de colonização, o seguinte:

Apesar do forte conteúdo mítico das descrições dos cronistas que aproximaram o Brasil do paraíso terreal – em parte por desconhecerem-no profundamente –, onde a abundância de víveres era regra e as doenças inexistiam, as condições salutareas da colônia americana eram, de fato, superiores nos primeiros tempos da colonização. Deixando certos exageros à parte, o mito da salubridade na Terra dos Papagaios aproxima-se da realidade (RIBEIRO, 1997, p. 22).

Depois, a partir do contato entre índios e europeus foram introduzidas outras moléstias, as quais, conforme exposto em capítulo anterior ceifaram dezenas de milhares de vidas indígenas, que envolviam desde sarampo à tuberculose. Além disso, tendo em vista o início do processo de escravização africana no Brasil, novas formas de doenças surgiram em território nacional (GURGEL, 2011; RIBEIRO, 1997).

Nesse sentido, Freitas (1935) ainda reuniu diversas observações acerca do desenvolvimento de algumas patologias em terras brasileiras a partir do tráfico de escravos para a colônia, ele abordou patologias como a Bolba e o doloroso e temido “Maculo”, uma afecção do baixo ventre que em caso mais graves evoluía para gangrena e morte:

De todas as doenças trazidas para o nosso país, durante o seu período colonial, uma das que menos se adaptou ao nosso meio foi o "Maculo", nome que muito mal esconde a sua origem etimológica espanhola. Esta esquisita enfermidade [...] veio para o Brasil com os africanos escravizados e aqui domiciliou-se por muito tempo, causando danos de toda a ordem, num meio atrasado como era o nosso, naqueles tempos, onde a medicina e a higiene ainda não eram moeda corrente, pontificando numa e noutra os mais desopilantes curiosos (FREITAS, 1935, p. 31).

De qualquer modo, os índios tratavam suas moléstias menos graves através do uso de plantas encontradas na flora nacional. Contudo, diante de quadros mais sérios, eles se valiam de seus rituais e apelavam para poderes sobrenaturais na busca de cura, que poderiam contar com a presença do enfermo e de outros membros do grupo a que ele pertencia, em especial seus parentes (EDLER, 2010a; GURGEL, 2011).

Os índios, benzedeiros e curandeiros atuais, bem como os adeptos da medicina tradicional chinesa, apenas para citar alguns, apregoavam princípios que são extremamente conhecidos entre os profissionais de saúde da atualidade, tais como o de considerar o ser humano como um todo, a existência de um equilíbrio entre corpo, mente e espírito (compreendendo que quando esse equilíbrio é perdido adquirem-se moléstias das mais diversificadas origens) conhecido na medicina ocidental como visão holística do paciente.

Portanto, é consenso entre os historiadores e estudiosos da Medicina Tradicional no Brasil que as práticas de cura indígenas envolviam aspectos naturalistas e de ordem mística ou espiritual, isso pode ser observado, inclusive, em nossos dias e de forma mais notável nas comunidades indígenas isoladas (GURGEL, 2011).

Diversas foram as contribuições dos índios para os saberes que até hoje permanecem vivos na prática da medicina rústica brasileira, fomentando também pesquisas nas áreas da farmacopeia e da antropologia médica com vistas a elucidar o conhecimento indígena acerca das compreensões dos possíveis elementos de cura que podem existir e persistir na natureza e como utilizá-los.

Por exemplo, os portugueses, que chegaram às terras do Brasil durante o período de colonização, valiam-se de inúmeros conhecimentos da medicina tradicional indígena em seu cotidiano, tal como o uso do azeite de copaíba para tratar feridas. Além disso, era de consenso que os índios conheciam e dominavam as diversas propriedades das denominadas ervas medicinais, conferindo maior respaldo as suas ações entre os demais colonos (EDLER, 2010b; RIBEIRO, 1997).

Nesse sentido, os pajés utilizavam desde folhas e frutos, até resinas e partes lenhosas das plantas para preparar cataplasmas ou soluções utilizadas de forma oral ou por inalação. Frisa-se ainda o fato de que, para os índios, a resposta do poder curativo das plantas residia na natureza e na atribuição do valor místico que empregavam ao preparo e à administração desses medicamentos rústicos (EDLER, 2010b; GURGEL, 2011).

Acerca da atuação dos pajés no contexto das práticas de saúde, podemos afirmar que em muito se aproxima das atividades dos curandeiros atuais. Sobre essas práticas lemos em Ribeiro:

[...] o pajé iniciava sua 'consulta' com as mesmas ferramentas de um médico moderno: interrogava o doente sobre seus hábitos urinários e intestinais, banhos e por onde andara. Ele principiava o tratamento com rituais [...] mas não descartava medidas terrenas. O armamento indígena incluía sangue humano e de animais [...] a saliva como cicatrizante, mas nunca fezes [...] Também usavam a cabeça de ofídios, gordura de onças, sapos queimados, bicos [...] que, reduzidos a pó, eram dissolvidos em água e consumidos após decocção. Quando necessário, o pajé realizava manipulações cirúrgicas simples e reduções de fraturas [...] (RIBEIRO, 1997, p. 54).

EUROPEUS: RELIGIOSIDADE E OS PRIMEIROS CONHECIMENTOS MÉDICO-CIENTÍFICOS

No que convém à saúde da população europeia, pode-se dizer que estava diretamente associada a fatores multifacetados que envolviam o lugar onde morava, a classe social a que pertencia e o trabalho que exercia. A elite branca era composta por clérigos; comerciantes; fidalgos e, evidentemente, os afamados senhores de engenho, sendo esses que gozavam de melhores condições e boa assistência médico-sanitária.

Com relação às práticas de cura utilizadas pela sociedade branca, elas eram compostas pelas técnicas da medicina instituída na Europa e pelos medicamentos indicados por seus eclesiásticos, médicos e boticários, assim como pelos saberes dos povos ameríndios e dos africanos. A esse respeito, o estudo de Edler e Fonseca frisa:

Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas

feridas, em se servir do óleo de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia [...] (EDLER; FONSECA, 2006, p. 31).

No cenário das práticas medicinais exercidas pelos europeus nos primeiros séculos da colonização e que repercutiram no Brasil figuram personagens importantes, tais como os jesuítas; os boticários e os barbeiros (ARAÚJO, 1979; CHALHOUN, 2003). Acerca dos registros históricos da atuação desses profissionais Witter afirma:

[...] A maior parte dos escritos sobre o assunto contentou-se em repetir o discurso médico relativo à sua ação como atividades marcadas pela ignorância, pela superstição e pela ineficácia. As práticas populares de curar acabaram aparecendo, assim, em boa parte da historiografia, como pertencentes a um conjunto de atitudes “pré-rationais” e ilógicas, fruto de uma mistura de culturas (visto de forma pejorativa) e do “abandono” em que viveram as povoações brasileiras, especialmente durante o período colonial (WITTER, 2005, p. 14).

No que tange aos jesuítas, além da missão de catequizar os indígenas, eles atuaram de forma historicamente relevante na assistência em saúde durante parte do período colonial brasileiro e também consideravam a saúde sob a ótica do corpo integrado com o espírito, através da religiosidade e da fé (GURGEL, 2011).

Alguns jesuítas possuíam formações específicas nas áreas médicas, outros aprenderam a partir da prática, exercendo na colônia uma variedade de ações: partos, sangrias e procedimentos cirúrgicos, tais como o padre José de Anchieta e Gregório Serrão. Participaram ainda em terras brasileiras na fundação das primeiras instituições de saúde do país, e posteriormente, de inúmeras reformas. Desse modo, os jesuítas tornaram-se referência na assistência em saúde durante o primeiro século de colonização do Brasil (CALAINHO, 2005).

Além desse aspecto, deslumbrados com a rica flora nacional e através do contato direto com as diversas etnias indígenas, bem como de estudos empíricos e de observação meticulosa, os jesuítas dedicaram diversos escritos a respeito das vastas propriedades curativas das ervas medicinais brasileiras, dando início aos primeiros estudos farmacopéicos desenvolvidos no país (CALAINHO, 2005; EDLER, 2012; RIBEIRO, 1997).

Frisam-se ainda as importantes boticas dos jesuítas, onde podia ser encontrada uma variedade de medicamentos vindo do Reino de Portugal. Contudo, o elevado custo referente à importação desses fármacos condicionou os jesuítas, estudiosos das propriedades medicinais da flora nacional, a desenvolver fórmulas de remédios na colônia, tais como a Triga Brasileira, que se tornou conhecida mundialmente (EDLER, 2010b; EDLER, 2006; GURGEL, 2011).

Entretanto, a visão dos jesuítas acerca da forma como os indígenas concebiam suas práticas de cura evidenciaram um imenso choque cultural, uma vez que esses religiosos atribuíam aos demônios as artes curativas exercidas pelos pajés – denominados por alguns jesuítas de “perversos feiticeiros”, “enganadores” e praticantes das “mentiras do inferno” (CALAINHO, 2005) – e por outros membros das tribos e enfrentavam resistência

referente a estabelecer a atuação única das técnicas médicas seculares nos territórios do Brasil-colônia (NEVES, 1978; RIBEIRO, 1997).

Esse aspecto está evidente no estudo de Calainho (2005), sendo ricamente descrita, a partir de documentos e de crônicas oficiais, a visão dos jesuítas no que concernia às práticas curativas realizadas pelos pajés, onde lemos:

Outro exemplo do quão intenso foi o olhar demonológico dos jesuítas [...] está na percepção das práticas mágico-religiosas dos gentios, cujos principais protagonistas eram os pajés [...] Assim, a [...] catequese esbarrou ainda na ação nefasta do xamanismo tupi, destacando-se, no conjunto destes ritos, variados procedimentos curativos, vistos pelos inicianos como ilegítimos e demonizados. Este conflito se deu tanto no plano espiritual, como nas artes terapêuticas, pois os pajés eram considerados feiticeiros [...] Era preciso desmascará-lo [...] e também convertê-lo, abrindo espaço para o verdadeiro e único saber, que era do Deus cristão. (CALAINHO, 2005, p. 72-73).

Por sua vez, os boticários, profissionais que trabalhavam nas boticas e exerciam funções como pesquisa, manipulação, armazenamento e venda de medicamentos desenvolveram importantes estudos que impulsionaram a descoberta de novos fármacos e de propriedades medicinais de ervas da flora brasileira, reunindo-os em diversos compêndios de valor histórico, tal como “A Farmacopeia Lusitana”, obra do cônego Don Caetano de Santo Antônio (EDLER, 2006).

Nesse sentido, Edler (2006) destaca que em todas as farmacopeias produzidas existiam fórmulas que ele denominou de “mais ou menos mágicas” e que consistiam em uma fusão nítida do saber erudito e do saber popular dos povos indígenas e africanos, que influenciaram de forma direta ou indireta diversos dos estudos farmacopéicos produzidos durante o período colonial, a exemplo das denominadas “simpatias” contidas em alguns desses compêndios.

No que tange aos Barbeiros, ou cirurgiões-barbeiros, sua atuação estava baseada em apurada observação das moléstias e do conhecimento erudito que apreendiam através dos livros das ciências médicas convencionais. Esse fator produziu um conhecimento misto, que mesclava elementos do saber popular com o cientificismo europeu (FIGUEIREDO, 1999; SANTOS FILHO, 1979).

Esses profissionais, portanto, não consistiam em médicos convencionais, embora exercessem funções atreladas ao diagnóstico e ao prognóstico de doenças, bem como, recomendação e prática de diversas intervenções terapêuticas.

Assim, os barbeiros-cirurgiões realizavam procedimentos que iam desde arrancar dentes, sangrias e indicação de medicamentos. Desse modo, relativo ao saber e à prática dos barbeiros-cirurgiões na época colonial em Minas Gerais, Furtado faz uma importante observação:

[...] cirurgiões-barbeiros [...] incorporaram em suas receitas os elementos da natureza da Capitania nos medicamentos prescritos, [...] Grande parte do uso desses elementos como panaceia curativa veio do contato com índios e escravos, conhecimento em muitos casos intermediado pelos paulistas e em grande parte divulgado pelos manuais de medicina popular escritos na capitania ao longo do século XVIII [...] Assim, ao mesmo tempo em que os livros produzidos nas Minas se tornavam referência no velho continente, o inverso

também ocorria [...] tornando difícil distinguir uma só origem para a formulação desse saber (FURTADO, 2005, p. 104).

Esses traços históricos são observados ainda hoje nas práticas das benzedeiras; dos curandeiros; dos raizeiros e dos diferentes personagens que compõem o panorama demográfico do Brasil da contemporaneidade e que, por diversas vezes, sem conhecer a origem, reproduzem técnicas da medicina tradicional originadas nos primórdios da colonização brasileira (ARAÚJO, 2004; POHLMANN, 2007).

CULTURA AFRICANA E AS INTERFACES MEDICINAIS

Com a chegada dos africanos ao Brasil a partir do tráfico de escravos, outros diversos elementos místicos foram introduzidos no conjunto das práticas da Medicina Tradicional no período da colonização do Brasil, exercendo sua influência não apenas nos indígenas, mas também nos próprios europeus, que utilizavam as tradições e, em algumas circunstâncias, valiam-se dos rituais vindos da África e incorporados à cultura brasileira.

No caso da saúde dos africanos, a partir da leitura de documentos históricos, pode-se deduzir que era precária, devido às condições de trabalho impostas e à alimentação que, geralmente, não atendia as necessidades nutricionais da população negra escravizada, condicionando quadros graves de saúde e reduzindo drasticamente a expectativa de vida dos escravos (EDLER, 2010b; FIGUEIREDO, 2006; RIBEIRO, 1997).

Destacando os estudos etnofarmacológicos de Luís Gomes Ferreira, Edler (2006) apresenta-nos um relevante quadro acerca da condição de saúde do escravo africano que atuava na região mineradora do país, bem como, nos grandes centros urbanos, fazendo uma observação importante a respeito do panorama da saúde entre os personagens que compunham a base da pirâmide social no Brasil colonial:

[...] registram-se as “crises reumáticas”, “as febres com catarros”, as “chagas nas pernas” que acometiam os escravos fiscoadores, obrigados a permanecer com metade do corpo submerso nos leitos pedregosos de rios gélidos durante horas, mergulhando, tirando cascalho e lavando [...]. A ancilostomíase, conhecida como opilação, as doenças de carência, como o escorbuto, a tuberculose e o maculo, não chegavam a distinguir a população de escravos negros do restante da população de mulatos, brancos pobres e cafuzos [...] (EDLER, 2010b, p. 31).

As curas empregadas pelos africanos abrangiam as chamadas “moléstias do corpo”, entendidas como “quebranto”, feridas diversas, “lombrigas”, “sezões”, entre outras e as “moléstias da alma”, que – pelo que se entendia - eram causadas por feitiços. Era comum, portanto, a prática de rezas, de benzeduras e de rituais para restabelecer a saúde do enfermo (EDLER, 2010b).

A fragilidade gerada pelo processo patológico e, muitas vezes, mas não apenas, a ausência de médicos seculares na colônia, bem como, de medicações convencionais contribuíram, embora não de forma isolada, para que europeus e mestiços buscassem nas tradições africanas remédios para os seus males.

Destaca-se, contudo, a linha tênue entre os rituais de cura estabelecidos pelos africanos e o que os europeus compreendiam como práticas de feitiçaria, severamente condenada na Europa, mas relativamente tolerada no Brasil, frisa-se aqui o “relativamente”, pois eram realizadas constantemente as chamadas visitas inquisitoriais do Tribunal do Santo Ofício, na busca dos denominados “Hereges da Fé Cristã” (RIBEIRO, 1997).

Por isso, devido ao estigma histórico e social do uso da magia, os europeus e seus descendentes que compunham a classe economicamente mais privilegiada do Brasil-colônia, e que se valiam das práticas da medicina tradicional africana, geralmente faziam isso de forma sigilosa, no interior de seus lares, pois não queriam ser associados ao uso desse tipo específico de intervenção terapêutica que evocava poderes sobrenaturais, quadro inclusive similar ao que ocorre nos dias atuais (SCHWARTZ, 1988). Sobre esse assunto, Ribeiro destacou:

[...] benzedoiras, feitiçarias e curandeiras [eram procuradas por indivíduos de posses. A concepção da doença e consequentemente da cura como elemento sujeito à ação de forças sobrenaturais fazia parte do universo das elites e dos estratos populares [pois] o pequeno número de cirurgiões, médicos e boticários no período colonial forçava os doentes a procurar ajuda dos africanos (RIBEIRO, 1997, p. 44).

Todavia, vale ressaltar que a contribuição dos africanos para a medicina tradicional não repousa apenas no uso de tradições ligadas ao sobrenatural. Na realidade, os escravos, assim como os índios, eram conhecedores de propriedades que envolviam o uso de venenos, bem como, a manipulação rústica dos antídotos e propriedades herbáceas através do empirismo (EDLER, 2010b; EDLER, 2006; GURGEL, 2011; RIBEIRO, 1997).

Além disso, muito do conhecimento indígena acerca das propriedades de ervas medicinais encontradas em território nacional foi incorporado ao saber dos escravos negros durante séculos de contato entre essas duas culturas iniciado por meio do processo de colonização (ALMEIDA, 2010).

Fato interessante a ser destacado é que alguns dos escravos praticantes da arte da cura por meio da magia ganharam fama na comunidade em que viviam, e isso permitiu-lhes algumas concessões sociais e retorno monetário. Alguns, contudo, eram apontados como “charlatões”, acusados, algumas vezes, de lançar o feitiço da moléstia e depois retirá-lo ou, ou de serem incapazes de praticar qualquer tipo de arte mágica da cura (SÁ, 2009; RIBEIRO, 1997).

Ainda nessa perspectiva, alguns negros que se tornaram forros aprenderam por meio da prática alguns ofícios ligados às profissões das ciências médicas convencionais do Brasil-colônia. Outros já eram vendidos como escravos específicos para uma determinada finalidade relacionada à assistência em saúde, tais como os barbeiros ou os denominados enfermeiros da época colonial (SÁ, 2009).

Assim, de acordo com os estudos de Sá (2009), o africano escravizado buscou, através de suas artes mágicas e do conhecimento relativo às curas de doenças por meio das ervas medicinais, galgar subsídios para ascender socialmente, frente a um contexto social adverso com que ele se deparava:

Se o papel ofertado a esses grupos foi, mais uma vez, o de objeto na trama histórica encenada, eles se sublevaram e, dentro das possibilidades do universo colonial escravista, encontraram, nos males do corpo e da alma, uma forma de se colocar como sujeitos históricos. Apresentando soluções de seus repertórios de magia e feitiçaria, fruto de dinâmica cultural entre europeus, americanos e africanos, conseguiram ocupar alguns espaços em uma sociedade que não lhes oferecia muitas possibilidades (SÁ, 2009, p. 342).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, o processo de formação das inúmeras práticas associadas ao conhecimento das propriedades medicinais de plantas nativas, os rituais mágicos realizados em busca de cura, as fórmulas de simpatias registradas em compêndios de estudos farmacopeicos produzidos por europeus, a cura associada ao corpo e ao espírito e dividida pelas diferentes culturas que aqui estiveram, entre outros fatores, deixaram uma marca indelével na história do desenvolvimento da medicina tradicional do Brasil, consistindo em um corpo complexo de conhecimentos que paira entre o saber popular e o saber científico da época.

Dessa forma, a Medicina Tradicional configura-se como importante elemento cultural, tendo seu escopo de conhecimentos sido incorporado por determinados grupos populacionais e sedimentados no cotidiano, perfazendo parte indissoluta do que definimos e conhecemos como sabedoria popular, regendo, em maior ou menor intensidade nossos hábitos diários; nossas crenças e nossa forma de encarar a busca pelo restabelecimento, frente uma enfermidade.

Portanto, pode-se afirmar que esse conjunto de saberes, embora modificados, reinventados e ressignificados na realidade vigente do atual contexto social do Brasil coexiste com o saber médico instituído pelo cientificismo, constitui-se um patrimônio rico da história humana e das ciências humanas e de saúde, representando ainda campo vasto de pesquisas nos dias atuais.

De fato, A partir do que foi exposto, observou-se que se mostra relevante o desenvolvimento de pesquisas que busquem resgatar saberes tradicionais instituídos, avaliando o grau de influência que determinam nos cuidados de saúde empregados em uma determinada comunidade, apontando possíveis alternativas ao tratamento farmacológico de alto custo e fomentando a necessidade em considerar aspectos culturais na prática integral de assistência à saúde, entre outras contribuições.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. **Medicina Mestiça: Saberes e Práticas Curativas nas Minas Setecentistas**. São Paulo: Annablume, 2010.

ARAÚJO, Alceu Maynard. **Medicina Rústica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ARAÚJO, Carlos da Silva. **Fatos e Personagens da História da Medicina e da Farmácia no Brasil**. Rio de Janeiro: Continente Editorial, 1979.

BORIS, Fausto. **História do Brasil**. 14 ed. São Paulo: Edusp, 1995.

CALACA, Carlos Eduardo. Medicinas e plantas medicinais nos trópicos: aspectos da constituição da ciência farmacêutica ocidental. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002.

CALAINHO, Daniela Buono. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Tempo**, Niterói, v. 10, n. 19, Dec. 2005.

CHALHOUB, Sidney, et al. **Artes e Ofícios de Curar no Brasil: Capítulos de História Social**. Campinas: Unicamp, 2003.

CUNHA, M. C. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico. **Rev. USP**, São Paulo, n. 75, p. 76- 84, 2007.

EDLER, Flavio Coelho. **Boticas & Pharmacias: Uma História Ilustrada da Farmácia no Brasil**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

EDLER, Flavio Coelho. Medicina tropical: uma ciência entre a nação e o império. In: Alda Heizer; Antonio Augusto Passos Videira. (Org.) **Ciência, civilização e república nos trópicos**. Rio de Janeiro: Mauad, 2010a.

EDLER, Flavio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: Carlos Fideles Ponte; IalêFalleiros. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010b.

EDLER, Flavio Coelho; FONSECA, Maria Raquel Froés da. História da educação médica no Brasil. **Cad. ABEM**, v. 2, 2006.

EDLER, Flávio Coelho; TEIXEIRA, Luís Antônio. **História e Cultura da Medicina no Brasil**. 1. ed. São Paulo: AORI, 2012.

ELISABETSKY, E. Etnofarmacologia. **Cienc. Cult.** v. 55, n. 3, p. 35- 36, 2003.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde. In: NASCIMENTO, Dilene; CARVALHO, Diana Maul; MARQUES, Rita de Cássia (orgs). **Uma História Brasileira das Doenças**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Oct. 1999.

FREITAS, Octavio de. **Doenças Africanas no Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935.

FUNAI, **Fundação Nacional do Índio**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: 05/04/2013.

FURTADO, Junia Ferreira. Barbeiros, cirurgiões e médicos na Minas colonial. **Rev. do Arquivo Público Mineiro**, Belo Horizonte, v. 42, 2005.

GURGEL, Cristina. **Doenças e Curas: O Brasil nos primeiros séculos.** São Paulo: Contexto, 2011.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **História Geral a Civilização Brasileira: A Época Colonial.** 13 ed. vol. I. Lisboa: Bertrand Editora, 2003.

MOTA, Carlos Guilherme; LOPES, Adriana. **História do Brasil: Uma Interpretação.** 3 ed. São Paulo: Senac, 2012.

NAKAMURA, Eunice. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 95-103, mar. 2011.

NEVES, Luiz Felipe Baeta. **O combate dos soldados de Cristo na terra dos papagaios.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

POHLMANN, Gabriela Grudka. A medicina popular na Ilha de Santa Catarina. **Rev. Santa Catarina em História**, Florianópolis, v.1, n.2, 2007.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil.** 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência nos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII.** São Paulo: Hucitec, 1997.

SA, Mario. O universo mágico das curas: o papel das práticas mágicas e feitiçarias no universo do Mato Grosso setecentista. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Jun. 2009.

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira.** São Paulo: HUCITEC; São Paulo: Edusp, 1977.

SCHWARTZ, Stuart. **Segredos internos.** Engenhos e escravos no Brasil colonial. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

WITTER, Nikelen Acosta. **Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura.** Tempo, Rio de Janeiro, n.19, p.13-25. 2005.

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICO-QUÍMICAS DA ÁGUA DA CHUVA EM DIFERENTES PONTOS NO MUNICÍPIO DE CAÇADOR – SC

Avaliation of the physical and chemical characteristics of water rain in differents points in the municipality of Caçador (SC)

Marizete Muller Martins ¹
Leyza Paloschi de Oliveira ²
Bianca Schweitzer³

Recebido em: 28 out. 2015
Aceito em: 02 mai. 2016

RESUMO: A chuva tem várias partículas dissolvidas e elas são responsáveis pelas características físicas e químicas da água. A chuva natural tem valor de pH em torno de 5,6, mas, abaixo deste, provoca a chuva ácida e efeito prejudicial. O objetivo deste estudo foi avaliar as características físicas e químicas da água da chuva em três pontos diferentes no município de Caçador (SC). As variáveis de pH, condutividade, turbidez, dureza e a concentração de ions de NH₄⁺, NO₂⁻, NO₃⁻, PO₄⁻, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, SO₄²⁻ e CO₂ livre de amostras de água foram estudados. O coletor manual da água da chuva foi construído com bacia de aço inoxidável a 1,5 metros do solo. As 13 amostras de cada local foram coletadas até 24 horas após a chuva, durante o período de 26 de agosto a 18 de Outubro de 2013. No período de análise foi observado chuvas naturais e ácidas. A faixa de valor de pH variou entre 4,6-6,8. As concentrações dos minerais cálcio, potássio e magnésio influenciaram a condutividade eléctrica. Os íons NH₄⁺, NO₂⁻, NO₃⁻, PO₄⁻, SO₄²⁻ foram pesquisados e observou-se uma grande concentração de nitrato nas amostras de água da chuva. O nitrito foi o ion com valor mais baixo dentre todos. A concentração de livre CO₂ aumentou quando o valor de pH diminuiu.

Palavras-chave: Atmosfera. Água da chuva. Indústria. Chuva ácida.

ABSTRACT: Particles present in the rain play an important rule for physical and chemical characteristics of water. Rain as natural water has pH-value of 5.6 and below that, it is considered acid rain and it has injurious effects. The objective of this study was to evaluate the physical and chemical characteristics of water rain in three different points sampled from the municipality of Caçador (SC). The variables pH, conductivity, turbidity, hardness, and the ions concentration of NH₄⁺, NO₂⁻, NO₃⁻, PO₄⁻, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, SO₄²⁻, and CO₂ free of water samples were studied. The manual collector of rainwater was built with stainless vessel 1.5 meters height from the soil surface. The 13 samples of each place were taken until 24 hours after the rain, during the period from 26 of August to 18 October 2013. The pH-value ranged between 4.6 to 6.8. The concentrations of calcium, potassium, and magnesium influenced the electric conductivity. Among ions, the highest concentration in the water rain was nitrate,

¹ Bióloga pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - Caçador/SC. E-mail: muller-05@hotmail.com.

² Engenheira Agrônoma, mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal de Santa Catarina e Docente da Universidade alto Vale do Rio do Peixe, Campus Caçador. E-mail: leyza2uniarp.edu.br.

³ DSC Química, pesquisadora da EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina. Estação Experimental de Caçador, Caçador, SC. E-mail: biancaschweitzer@epagri.sc.gov.br.

whereas the nitrite was the lowest. The concentration of free CO₂ increased irrespectively the pH-value.

Keywords: Atmosphere. Rain water. Industry. Acid rain.

INTRODUÇÃO

A chuva tem papel importante de limpeza da atmosfera, pois quando ocorre precipitação, além da água diversas partículas suspensas, por exemplo, o dióxido de carbono (CO₂), também são precipitados, interferindo no pH e em outras características físico-químicas da água da chuva (FLUES; HAMA e FORNARO, 2003).

Segundo Leal et al. (2004) a chuva contém diferentes substâncias químicas iônicas e não iônicas, sendo que as substâncias ionizadas desempenham papel importante nos processos de acidificação do meio aquoso. Dentre as substâncias presentes na composição da água da chuva, além das carbonáticas, destacam-se os cátions e ânions inorgânicos Na⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, SO₃⁻, Cl⁻ e NH₄⁺. Chuvas com pH igual ou superior a 5,6 são consideradas normais, porém quando a chuva apresenta pH inferior a este valor ela passa a ser classificada como chuva ácida por diversos autores (FLUES; HAMA e FORNARO, 2003).

A chuva ácida normalmente se forma quando o dióxido de enxofre e o óxido de nitrogênio reagem com a água na atmosfera e se transformam em ácidos nítrico e sulfúrico (JESUS, 1996). As reações químicas entre o dióxido de enxofre e a água e o óxido de nitrogênio e a água, ocorrem na presença da radiação solar e como consequência, diminuem o pH da água das chuvas de acordo com os níveis de poluição onde ocorre a precipitação (MIRLEAN; VANS e BAISCH, 2000).

O problema da acidificação das chuvas é bem conhecido e relatado em diferentes lugares, em especial, nas regiões de maior concentração industrial, pois a presença na atmosfera dos poluentes que ocasionam a chuva ácida é proveniente principalmente da queima de combustíveis fósseis (MIRLEAN; VANS e BAISCH, 2000).

Segundo Galvão Filho (2013) no Brasil, milhões de toneladas de dióxido de enxofre e óxido de nitrogênio são descarregados anualmente na atmosfera por meio da queima de combustíveis fósseis.

O dióxido de enxofre e os óxidos de nitrogênio são poluentes considerados primários, sendo gerados principalmente por veículos e indústrias. Entre os ramos das indústrias que mais ocasionam este tipo de poluição estão as usinas termelétricas, refinarias de petróleo, indústrias siderúrgicas e processos de fabricação de celulose e fertilizantes (EDUQUIM – UFPR, 2013).

O município de Caçador é considerado atualmente a Capital Industrial do Meio Oeste Catarinense, e suas indústrias são de diversos ramos. Os principais produtos industrializados no município são móveis, papéis, embalagens, plásticos, madeiras, calçados e peles, máquinas, fios e cabos elétricos, alimentos e artigos de vestuário

(CAÇADOR, 2008).

Segundo Jesus (1996) a chuva ácida não provoca efeitos diretos e perceptíveis pela população, passando, deste modo, muitas vezes despercebida pelas pessoas. Ainda segundo o mesmo autor, no Brasil estudos sobre este problema são bastante escassos. De acordo com Mirlean, Vans e Baisch (2000), no Brasil diversas cidades que realizaram estudos sobre o pH da água da chuva obtiveram resultados preocupantes, os quais caracterizaram a chuva como ácida. Dentre as cidades pode-se citar Niterói e Rio de Janeiro, que obtiveram pH entre 4,3 e 5,314; na região sul, tem-se a região metropolitana de Porto Alegre que chegou a ter pH mínimo de 4,0. Eduquim – UFPR (2013) destaca a cidade de Cubatão, no Estado de São Paulo, a qual obteve no ano de 1983 índices de pH em torno de 4,7 a 3,7.

O município de Caçador é considerado atualmente a Capital Industrial do Meio Oeste Catarinense, e suas indústrias são de diversos ramos, variando de madeiras, móveis e papéis, a embalagens e plásticos, calçados e peles, entre outras (CAÇADOR, 2008). Diante da presença de grande concentração de indústrias e a escassez de estudos e dados técnicos a cerca da composição da água da chuva, o que poderá caracterizá-la como normal ou ácida, viu-se a necessidade de realizar um estudo sobre as características físico-químicas da água das chuvas no município de Caçador – SC.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as características físico-químicas da água das chuvas em diferentes pontos do município de Caçador – SC, visando constatar uma possível formação de chuva ácida nessa área. Os itens analisados consistiram-se na determinação do pH, condutividade, turbidez e dureza, assim como a concentração dos íons NH_4^+ , NO_2^- , NO_3^- , PO_4^- , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} e SO_4^{2-} , além do CO_2 livre, de amostras da água das chuvas coletadas em três diferentes pontos no município de Caçador – SC, num período de oito semanas, entre agosto e outubro de 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

A área de estudo compreendeu três pontos de coleta, A, B e C, localizados no município de Caçador – SC, nos quais foram instalados os coletores, conforme indicado na figura 1.

Figura 1 – Localização no mapa dos três pontos de coleta das amostras da água das chuvas



Fonte: Google mapas.

O ponto A localizou-se no bairro Martello, na latitude $52^{\circ}47'25.6''$ S, longitude $050^{\circ}59'18.8''$ W e altitude de 936 metros. O coletor foi instalado na horta de um morador voluntário, conforme apresentado na Figura 2 (A).

O ponto B localizou-se no bairro Bello, na porção próxima do centro da cidade de Caçador, com localização precisa na latitude $26^{\circ}46'44.0''$ S, longitude $051^{\circ}00'04.9''$ W e altitude de 903 metros. O coletor foi instalado em terreno residencial, conforme apresentado na Figura 02 (B).

O ponto C localizou-se na Estação Experimental da Epagri (Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina) de Caçador, com localização na latitude S $26^{\circ}49'05.6''$, longitude W $050^{\circ}59'29.0''$ e altitude de 946 metros, conforme apresentado na Figura 2 (C).

Figura 2 – Pontos de coleta A, B e C, representados, respectivamente nesta ordem.



As amostras de água de chuva foram coletadas com uma bacia de inox, com 39 cm de diâmetro e capacidade de 10 litros. A bacia ficou apoiada em quatro armações de madeira a 1,5 m do solo, amarrada nos quatro cantos com fio de arame liso galvanizado e coberta por uma tela de nylon. Assim, as amostras ficaram longe do contato com o solo e/ou possíveis contaminantes que pudessem entrar em contato com a água coletada.

As amostragens da água de chuva foram realizadas após cada evento chuvoso, sendo transferidas após a coleta para frascos de polietileno com capacidade de 500 ml e encaminhados para o Laboratório de Ensaio Químico da Epagri – Estação Experimental de Caçador.

As bacias foram instaladas algumas horas antes de se iniciar a chuva e após a coleta, retiradas e guardadas. Assegurou-se a integridade das amostras por meio de lavagem da bacia coletora antes de cada coleta usando-se água destilada.

Determinou-se o pH pelo método eletrométrico, em um aparelho pH-metro Digimed DM20, calibrado a cada análise realizada.

Para a determinação da condutividade elétrica utilizou-se condutímetro Lutron CD – 4303. Foi preparada uma solução padrão de condutividade de KCl de $1,412 \text{ mS Cm}^{-1}$ (ou $1,412 \text{ mhos Cm}^{-1}$) a 25°C .

Para as determinações da dureza total e da alcalinidade foi realizada uma adaptação da metodologia proposta de Colombo (2013), sendo a dureza total determinada pelo método titulométrico do EDTA monossódico, $0,01 \text{ mol.L}^{-1}$, e a alcalinidade determinada pelo método titulométrico, onde se usou como indicador o metilorange.

Foi determinada a concentração dos íons cálcio, magnésio e potássio por espectrometria de Absorção Atômica, da marca PerkinElmer, modelo AA200. Aplicou-se a metodologia para a análise estabelecida na NBR 13812 de abril de 1997 para a

determinação do teor de cálcio e magnésio e a metodologia da NBR 13811 de abril de 1997 para a determinação do teor de potássio nas amostras da água da chuva.

Foi determinada a concentração dos íons amônia, nitrito, nitrato, fosfato e sulfato por meio da utilização de kits da ALFAKIT, que se baseiam em determinações colorimétricas, onde se seguiu a metodologia descrita nas cartelas que acompanham cada kit. Os kits utilizados foram: kit código 004 C Amônia indotest; kit código 031 B Nitrito método NTD; Kit código 030 B Nitrato método NTD; kit código 021 A Fosfato total de baixa concentração; e kit código 045 A Sulfato.

A turbidez das amostras de água da chuva foi determinada em turbidímetro PoliControl AP2000.

A concentração de CO₂ livre nas amostras de água da chuva foi determinada por meio da Equação 1:

$$\text{Equação 1: } \text{mg CO}_2/\text{L} = 2 \times B \times 10^{(6 - \text{pH})} \text{ (ORSSATTO e HERMES, 2007)}$$

Onde,

B = Valor da alcalinidade da amostra.

Determinou-se o teor de sólidos totais nas amostras de água da chuva, através do método gravimétrico (COLOMBO, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 26 de agosto a 18 de outubro de 2013, ocorreram treze precipitações, gerando a coleta de 13 amostras da água da chuva de cada ponto de coleta avaliado (A, B e C). Foram determinados os parâmetros pH, condutividade, alcalinidade, dureza e turbidez, as concentrações dos principais íons presentes nas águas de chuva: , K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, NH₄⁺, NO₂, NO₃⁻, SO₄²⁻ e PO₄⁻, além do CO₂ livre e sólidos totais dissolvidos.

A tabela 1 apresenta os dias em que ocorreram precipitações pluviométricas no município de Caçador – SC, durante o desenvolvimento deste trabalho.

Tabela 1 – Volumes diários de precipitação pluviométrica (mm) ocorrida durante o desenvolvimento deste trabalho.

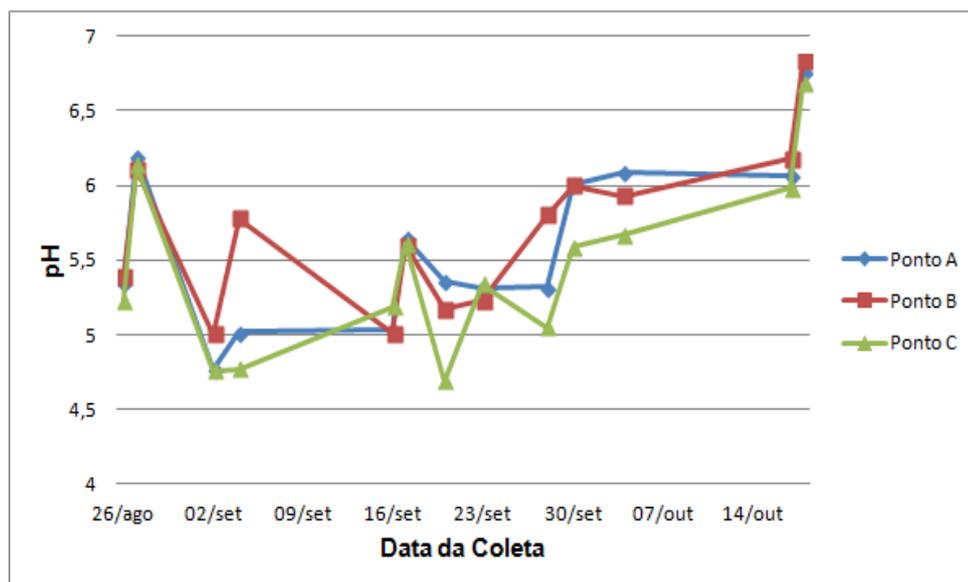
Mês	Agosto																	
Dia	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
mm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	4	0	0	0	0	
Mês	Setembro																	
Dia	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
mm	0	37	0	1,7	0	0	0	0	1,7	0	0	0	0	0	0	45	97	
Mês	Setembro										Outubro							
Dia	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	
mm	0	0	54	0	0	94	0	0	0	0	27	0	8	0	0	0	7	
Mês	Outubro																	
Dia	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
mm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,5	5				

Observação: no dia 09 de setembro foi coletado amostra apenas no ponto C, pois o ponto A e B, não estavam com a bacia coletora instalada.

Segundo diversos autores, chuvas que apresentam pH torno de 5,6 são consideradas chuvas naturais (COGBILL; LIKENS, 1974; CHARLSON; RODHE, 1982; DAVIS; CORNWELL, 1991; HENDREY, 2001; CARVALHO JÚNIOR, 2004 *apud* CUNHA et al., 2009. p. 399). Sendo que este valor usado como referência na classificação de chuvas ácidas (CUNHA et al., 2009).

Os valores de pH das amostras da água da chuva coletadas no ponto A, B e C durante o período de estudo estão representados na Figura 2.

Figura 2 – Valores de pH em cada ponto de coleta de amostra da água da chuva no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



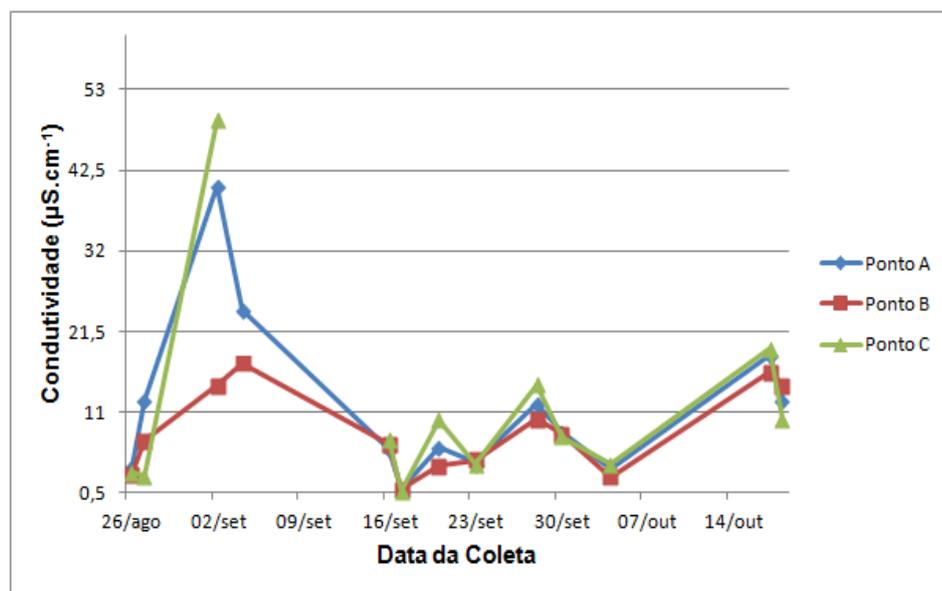
Durante o período de estudo verificou-se que 53,8% das coletas realizadas do ponto A apresentaram pH abaixo de 5,6; no ponto B apenas 38,4% apresentaram pH abaixo deste valor e o ponto C caracterizou-se por apresentar o maior percentual de amostras com

pH abaixo de 5,6, totalizando 61,5% das amostras. Em relação a faixa de variação de pH durante o período analisado obteve-se os seguintes valores extremos: de 4,8 a 6,8; de 5,0 a 6,8 e de 4,7 a 6,7, representados pelos pontos A, B e C, respectivamente.

Com base nos valores de pH apresentados pelas amostras da água da chuva nos três diferentes pontos estudados, pode-se verificar a ocorrência de chuvas ácidas e naturais no município de Caçador – SC. Após longo período de estiagem o pH da água da chuva apresentou valores de 6,1; 6,2 e 6,0, representados pelos pontos A, B e C, respectivamente, correspondentes ao dia 17/10, com 12 dias de estiagem. Quando a ocorrência de sequência de dias chuvosos, o pH da água da chuva foi de 6,8; 6,8 e 6,7 representados pelos pontos A, B e C, respectivamente, correspondentes ao dia 18/10. Este fato evidencia que o pH da água da chuva variou de acordo com os dias de estiagem.

Os valores de condutividade da água da chuva dos eventos amostrados nos três pontos de coleta, no período de agosto a outubro de 2013, estão demonstrados na Figura 3.

Figura 3 – Valores de condutividade elétrica de cada ponto de coleta de amostra da água da chuva no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.

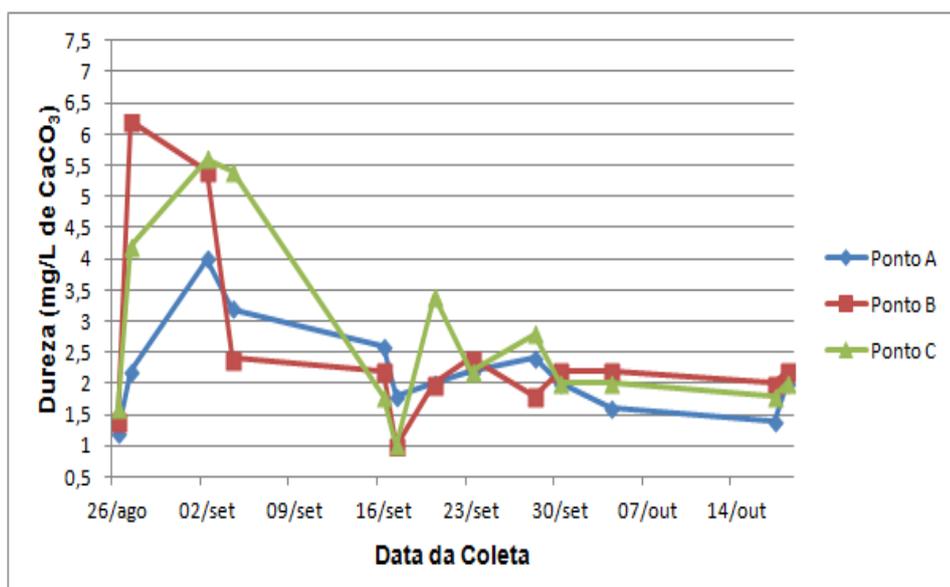


No ponto A os valores extremos foram de 0,9 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ e 40,4 $\mu\text{S.cm}^{-1}$. No ponto B os valores variaram de 1,0 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ e 17,4 $\mu\text{S.cm}^{-1}$. No ponto C os valores variaram de 0,7 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ e 49,0 $\mu\text{S.cm}^{-1}$. Após longo dia período de estiagem, a condutividade elétrica apresentou valores de 18,5 $\mu\text{S.cm}^{-1}$, 16,3 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ e 19,3 $\mu\text{S.cm}^{-1}$, representados pelos pontos A,B e C, respectivamente, correspondentes ao dia 17/10, com 12 dias de estiagem. Quando a ocorrência de sequência de dias chuvosos, a condutividade da água da chuva foi de 12,7 $\mu\text{S.cm}^{-1}$; 14,5 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ e 10,1 $\mu\text{S.cm}^{-1}$ representados pelos pontos A, B e C, respectivamente, correspondentes ao dia 18/10. Este fato evidencia que a condutividade da água da chuva tende a aumentar quando o período de estiagem é maior. O aumento da condutividade elétrica na água da chuva apresentou correlação com o aumento das espécies iônicas potássio, cálcio e magnésio na maioria das amostras, correlação está também citada por Martins (2008, p. 49). A correlação entre a condutividade elétrica e a

concentração de cálcio foi de 0,77, 0,84 e 0,35 para os pontos A, B e C, respectivamente. A correlação entre a condutividade e a concentração de potássio obtida foi de 0,76, 0,55 e 0,35 para os pontos A, B e C, respectivamente. Em relação às concentrações de magnésio, as amostras apresentaram correlação com a condutividade elétrica de 0,57, de 0,86 e de 0,70 para os pontos A, B e C, respectivamente.

A dureza é uma característica conferida à água pela presença de alguns íons metálicos, principalmente os de cálcio (Ca^{2+}) e magnésio (Mg^{2+}) e, em menor grau, os íons ferrosos (Fe^{2+}) e do estrôncio (S^{2+}) (RICHTER; NETTO, 2002). Denomina-se dureza total a soma das durezas individuais atribuídas à presença de íons cálcio e magnésio (BACCAN et. al., 2001). De acordo com Richter e Netto (2002), as amostras de águas podem ser classificadas, em termos do grau de dureza em moles, quando a dureza é inferior a 50 mg/l em CaCO_3 ; dureza moderada, com concentração entre 50 a 150 mg/l em CaCO_3 ; duras, quando o teor de dureza fica entre 150 a 300 mg/l em CaCO_3 e águas muito duras, quando o valor da dureza é superior a 300 mg/l em CaCO_3 . Os valores da dureza variaram de 1,2 mg/L de CaCO_3 a 4,0 mg/L de CaCO_3 para as amostras coletadas no ponto A, no ponto B a dureza das amostras variou de 1,0 mg/L de CaCO_3 a 6,2 mg/L de CaCO_3 e no ponto C de coleta observou-se variação de 1,0 mg/L de CaCO_3 a 5,6 mg/L de CaCO_3 . Os valores obtidos para a dureza nas amostras da água da chuva durante o período de estudo estão expostos na figura 5. Verificou-se que o valor mais alto de todas as amostras para a dureza foi o de 6,2 mg/L de CaCO_3 apresentado pelo ponto B no dia 27 de agosto, após dois dias de chuva contínua e sendo está a segunda amostra coletada. Enquanto que o valor mínimo da dureza foi de 1,0 mg/L de CaCO_3 apresentado nos pontos B e C, onde ambas as amostras corresponderam ao dia 17 de setembro, após um dia de chuva, sendo a amostra coletada no segundo dia.

Figura 4 – Valores da dureza obtidos em cada ponto de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



Segundo Forti et al., (2000) *apud* Martins (2008, p. 62) “os cátions cálcio, magnésio e potássio encontrados em centros urbanos são, em geral, associados à ressuspensão de

poeira do solo, bem como às atividades das construções civis”.

Os valores referentes às concentrações dos cátions (Ca^{2+} , Mg^{2+} e K^+) das amostras da água da chuva coletadas em três pontos no município de Caçador encontram-se na tabela 02.

Tabela 2 – Concentrações dos cátions cálcio, magnésio e potássio encontrados nas amostras da água da chuva em três pontos de coleta no município de Caçador – SC, no período de agosto a outubro de 2013.

Data da coleta da amostra	Ponto A			Ponto B			Ponto C		
	Ca^{2+} (mg/L)	Mg^{2+} (mg/L)	K^+ (mg/L)	Ca^{2+} (mg/L)	Mg^{2+} (mg/L)	K^+ (mg/L)	Ca^{2+} (mg/L)	Mg^{2+} (mg/L)	K^+ (mg/L)
26/ago	91	133	81	72	21	119	81	35	130
27/ago	256	40	248	215	32	251	199	26	190
02/set	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
04/set	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
16/set	80	17	88	109	23	147	151	40	293
17/set	106	17	182	95	12	103	121	16	293
20/set	90	14	171	45	9	109	57	11	77
23/set	87	15	126	72	15	108	73	14	114
28/set	238	40	204	243	39	233	216	37	247
30/set	158	25	151	149	24	158	156	15	172
4/out	95	20	136	208	41	255	171	29	153
17/out	1305	200	467	339	80	169	393	90	312
18/out	240	59	530	384	86	409	1153	61	434

NA: Não analisado por quantidade insuficiente de amostra.

As concentrações de cálcio variaram de 80 mg/L a 1305 mg/L no ponto A; no ponto B o valor mínimo observado foi de 45 mg/L e o valor máximo foi de 384 mg/L, enquanto que no ponto C, as concentrações de cálcio variaram de 57 mg/L a 1153 mg/L.

Em relação às concentrações de magnésio as amostras do ponto A apresentaram variação de 14 mg/L a 200 mg/L ; as amostras do ponto B obtiveram valores entre 9 mg/L a 86 mg/L e as amostras do ponto C variaram a concentração entre 11 mg/L a 90 mg/L.

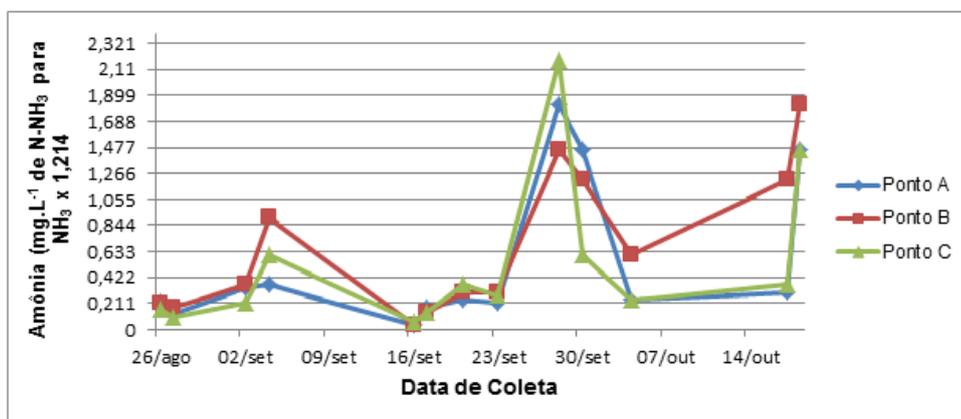
As concentrações de potássio encontradas nas amostras da água das chuvas no ponto A variaram de 81 mg/L a 530 mg/L, no ponto B a variação foi de 103 mg/L a 409 mg/L e no ponto C a concentração variou de 77 mg/L a 434 mg/L.

Foi verificada a correlação entre os íons, sendo que a correlação entre os íons cálcio e magnésio foi de 0,8; 0,9 e 0,6, correspondentes aos pontos A, B e C, respectivamente. A correlação entre a concentração de cálcio e potássio foi de 0,6 para o ponto A, 0,8 para o ponto B e 0,7 para o ponto C. A menor correlação obtida foi entre os íons magnésio e potássio, onde a correlação apresentou valor de 0,4 para as amostras do ponto A, 0,7 para o ponto B e 0,6 para o ponto C.

A Figura 5 mostra o resultado das concentrações do íon amônia nos três pontos de coleta. A concentração variou de 0,0364 mg.L⁻¹ de N-NH₃ a 1,821 mg.L⁻¹ de N-NH₃ no ponto

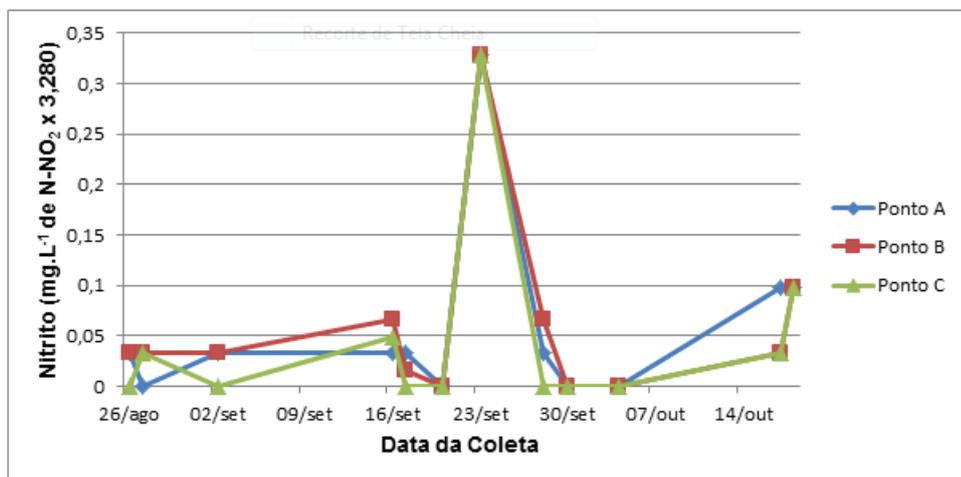
A, de 0,0364 mg.L⁻¹ de N-NH₃ a 1,821 mg.L⁻¹ de N-NH₃ no ponto B e de 0,0607 mg.L⁻¹ de N-NH₃ a 2,1852 mg.L⁻¹ de N-NH₃ no ponto C.

Figura 5 – Concentração do íon amônia nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



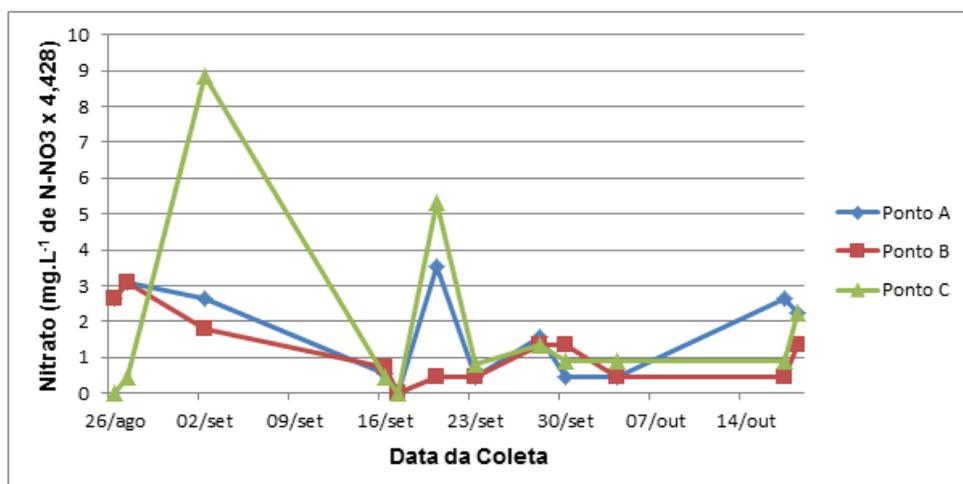
As concentrações de nitrito das amostras da água da chuva, durante o período de estudo, variaram de zero a 0,328 mg.L⁻¹ de N-NO₂ nos três pontos de coleta, conforme indicado na figura 6. A baixa concentração de nitrito nas amostras, pode ser justificada por ser um estado de oxidação intermediário de nitrogênio, que ocorre tanto pela oxidação do amônio, quanto pela redução de nitrato (BRASIL, 2004 *apud* PARRON; MUNIZ; PEREIRA, 2011. p. 22).

Figura 6 – Concentração do íon nitrito nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



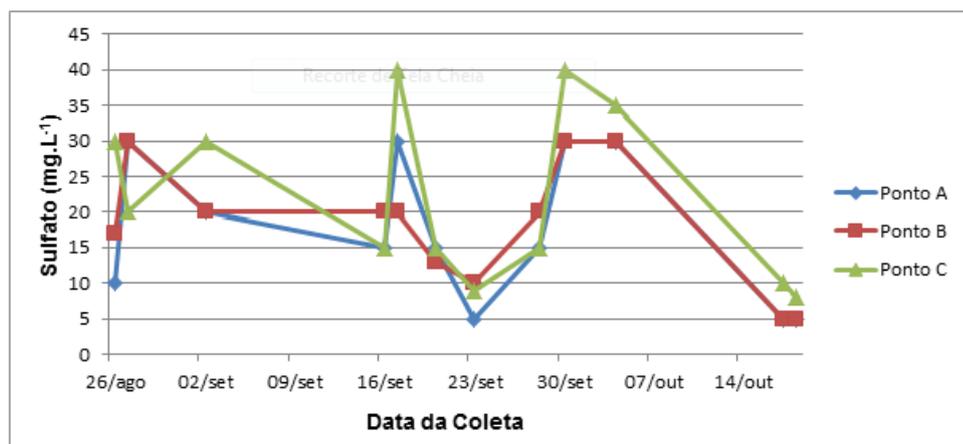
A variação de concentração do íon nitrato foi de 0,00 mg.L⁻¹ de N-NO₃ a 3,5424 mg.L⁻¹ de N-NO₃ no ponto A, de zero a 3,0996 mg.L⁻¹ de N-NO₃ no ponto B e de zero a 8,856 mg.L⁻¹ de N-NO₃ no ponto C (Figura 7).

Figura 7 – Concentração do íon nitrato nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



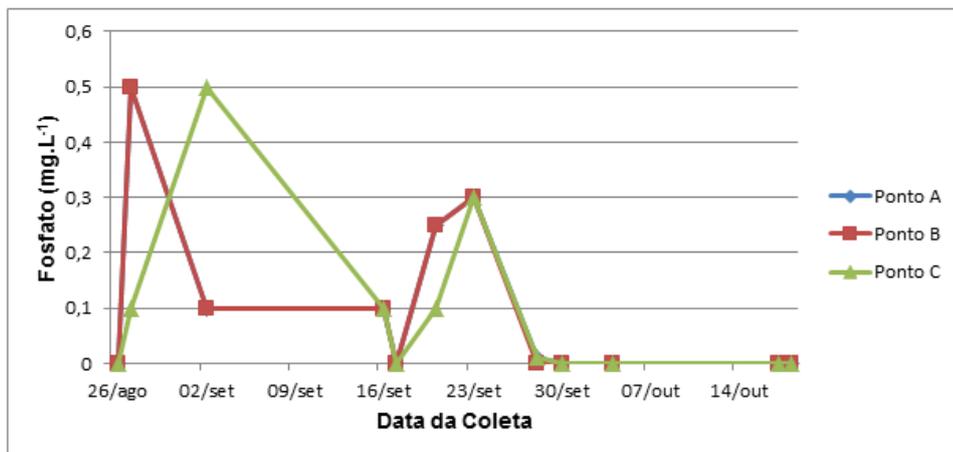
A figura 8 apresenta os valores de concentração do íon sulfato que variou de 5,0 mg.L⁻¹ a 30,0 mg.L⁻¹ no ponto A e B, e de 8,0 mg.L⁻¹ a 40,0 mg.L⁻¹ no ponto C. Observaram-se no ponto C as maiores concentrações de sulfato nas amostras da água da chuva analisadas.

Figura 8 – Concentração do íon sulfato nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



A figura 9 apresenta os valores de concentração obtidos para o íon fosfato, nos três pontos de coleta. Nos pontos A e C, 50% das amostras analisadas não apresentaram concentrações de fosfato dentro do limite de detecção do teste e no ponto B o percentual foi de 58,33% das amostras.

Figura 9 – Concentração do íon fosfato nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.

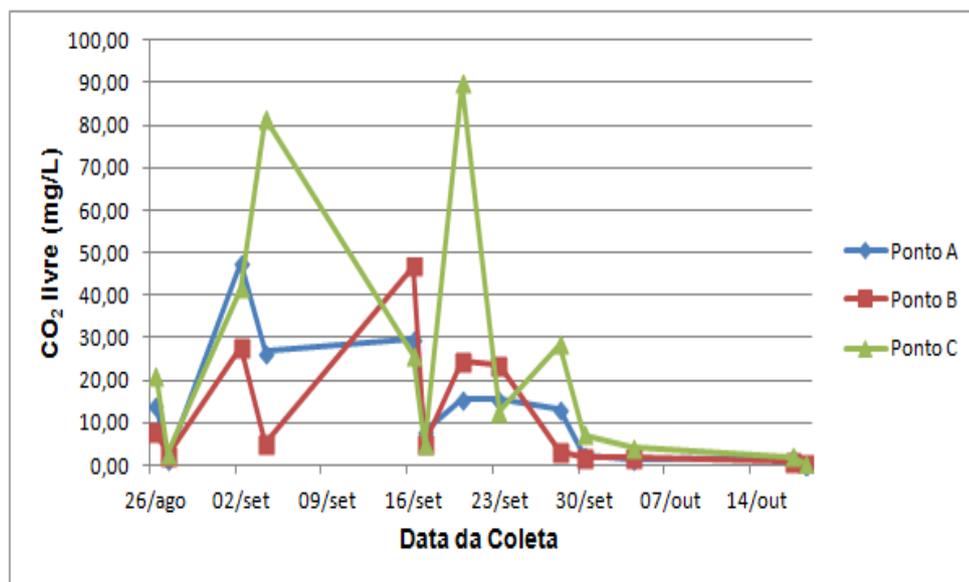


Observando os resultados coletados, os íons sulfato e nitrato foram os que apresentaram concentrações elevadas nas amostras analisadas. Marques et al., (2010) em um trabalho recente cita que o nitrato e o sulfato foram os ânions que se destacaram na maioria das amostras da água da chuva que eles analisaram.

No ponto C de coleta foi observado a menor média de pH (5,4) e foi exatamente onde foram observadas as maiores concentrações médias destes íons. Se considerarmos os valores de 5,6 como o normal para o pH de águas pluviais, neste ponto de coleta a média ficou abaixo, sendo assim considerada chuva ácida.

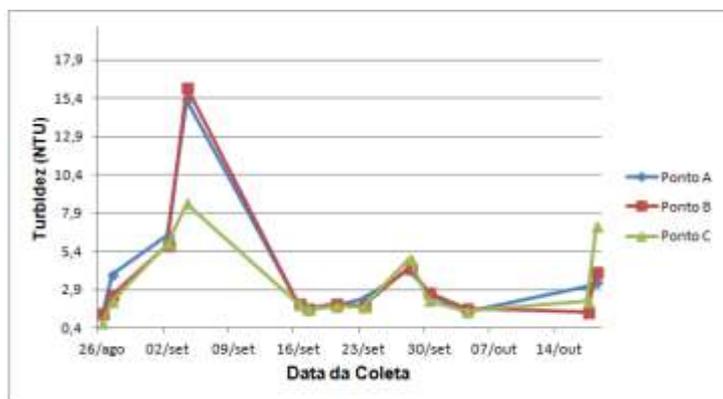
A quantidade de CO₂ livre encontrada nas amostras do ponto A variaram de 0,28 mg/L a 47,55 mg/L, no ponto B a variação foi de 0,47 mg/L a 46,91 mg/L e no ponto C os valores variaram de 0,50 mg/L a 89,94 mg/L, conforme representado na Figura 10. Nos três pontos de coleta a menor quantidade de CO₂ livre foi obtida no dia 18 de outubro, mesmo dia em que foram observados os maiores valores de pH. A maior quantidade de CO₂ livre encontrada foi no dia 23 de setembro, coincidentemente também o dia em que foram observados os menores valores de pH. Sendo o gás carbônico solúvel em água, o aumento de sua concentração causa diminuição do pH, conforme descrito por Albanez e Mattos (2007).

Figura10 – Valores de CO₂ livre obtidos nos três pontos de coleta da água da chuva, no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



A turbidez é uma característica determinada pela presença de partículas suspensas na água com tamanho variado, que pode ser desde coloides até suspensões grosseiras, deixando a água com uma aparência nebulosa (RICHTER; NETTO, 2002). A figura 11 apresenta os valores de turbidez medidos nas amostras coletadas. No ponto A, a turbidez variou de 1,22 NTU a 15,3 NTU, no ponto B 1,34 NTU a 16,1 NTU e no ponto C a variação da turbidez foi de 0,74 NTU a 8,53 NTU.

Figura 11 – Valores de turbidez obtida nos três pontos de coleta de amostra da água da chuva no período de agosto a outubro de 2013, no município de Caçador – SC.



CONCLUSÃO

No município de Caçador – SC, no período estudado, ocorrem tanto chuvas ácidas quanto naturais. Os valores de pH obtidos nos pontos de coleta ficaram entre 4,69 a 6,83. Entre os três pontos de coleta o que apresentou maior acidez da água da chuva foi o ponto C, com cerca de 61,53% das amostras abaixo de 5,6.

Os valores de dureza encontrados nas amostras da água da chuva foram baixos,

caracterizando-as como moles.

Durante o período de estudo, os cátions que apresentaram maior concentração foi o potássio, seguido pelo cálcio e magnésio. Em relação aos íons, a maior concentração encontrada foi do íon nitrato e o sulfato, e a menor concentração foram de nitrito e fosfato.

Em relação aos íons amônia, nitrito, nitrato, fosfato e sulfato, verificou-se que o íon com maior concentração nas amostras foi o nitrato e, em seguida, o sulfato. Enquanto que o íon com a menor concentração foi o nitrito, seguido pelo fosfato.

A concentração de CO₂ livre aumentou conforme o pH diminuiu, sendo encontrada a maior concentração média de CO₂ livre no ponto C, assim como a menor média para o pH.

REFERÊNCIAS

ALBANEZ, João Ricardo; MATTOS, Antônio Teixeira de. Aqüicultura. In MACÊDO, Jorge Antônio Barros de (Org). **Águas e Águas**. Belo Horizonte – MG: CRG-MG, 2007. Cap. 12, p. 1097-1146.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 13811**: Água – Determinação de potássio e sódio – método da espectrometria de absorção atômica por chama. Rio de Janeiro, abril, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 13812**: Água – Determinação de cálcio e magnésio – método da espectrometria de absorção atômica por chama. Rio de Janeiro, abril, 1997.

CAÇADOR. **A força econômica da Capital Industrial do Meio Oeste Catarinense**. Editora Meta, Julho/2008.

COLOMBO, José Carlos. **Determinação da alcalinidade em águas**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Campus Curitiba – Departamento de química e Biologia. Disponível em: <<http://pessoal.utfpr.edu.br/marcusliz/arquivos/Alcalinidade.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

COLOMBO, José Carlos. **Determinação da dureza em águas**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Campus Curitiba – Departamento de Química e Biologia. Disponível em: < <http://pessoal.utfpr.edu.br/colombo/arquivos/Dureza.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2013.

COLOMBO, José Carlos. **Determinação de sólidos em águas**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Campus Curitiba – Departamento de Química e Biologia. Disponível em: < <http://pessoal.utfpr.edu.br/marcusliz/arquivos/Solidos.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

CUNHA, Gilberto Rocca da; SANTI, Anderson; DALMAGO, Genei Antonio; PIRES, João Leonardo F.; PASINATO, Aldemir. Dinâmica do pH da água das chuvas. **Pesquisa Agropecuária Brasileira** – Brasília. Vol. 44, n.4, p. 339-346, Abril 2009.

EDUQUIM – UFPR. **Poluentes de efeito global: a chuva ácida**. Disponível em

<<http://www.eduquim.ufpr.br/matdid/quimsoc/pdf/experimento10.pdf>> Acesso em 12 out 2013.

FLUES, Marlene; HAMA, Patrícia e FORNARO, Adalgiza. Avaliação do nível de vulnerabilidade do solo devido à presença de termelétrica a carvão (Figueira, PR-Brasil). **Química Nova**. Vol. 26, n. 4, p. 479-483, 2003.

GALVÃO FILHO, João Baptista. **Poluição do ar**. ECP – Engenharia, Consultoria e Planejamento. Disponível em: <WWW.consultoriaambiental.com.br>. Acesso em: 26 mar. 2013.

JESUS, Emanuel F. Reis de. A importância do estudo das chuvas ácidas no contexto da abordagem climatológica. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 14, p. 143-153, 1996.

LEAL, T. f. M.; FONTENELE, A. P.G.; PEDROTTI, J. J.; FORNARO, A. Composição iônica majoritária de águas de chuva no centro da cidade de São Paulo. **Química Nova**. Vol. 27, n. 6, p. 855-96, 2004.

MARQUES, Rodrigo; ZAMPARONI, Cleusa A. G. P.; SILVA, Edinaldo de Castro e; MAGALHÃES, Aparecida de; GUEDES, Sumaya Ferreira; FORNARO, Adalgiza. Composição química de águas de chuva em áreas tropicais e continentais, Cuiabá – MT: Aplicação de Sistema Clima Urbano (S.C.U.). **Revista do Departamento de Geografia, UFMT**, 20 (2010) 63-75.

MARTINS, Renata Fátima. **Avaliação da qualidade das águas de chuva de Florianópolis, Tubarão, Criciúma e São Martinho, com ênfase na caracterização das influências marinhas e continentais simuladas utilizando o modelo HYSPLIT**. 2008. 155f. Dissertação – Pós-graduação em Engenharia Ambiental. UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MIRLEAN, Nicolai; VANS, Argeu e BAISCH, Paulo. Níveis e origem da acidificação das chuvas na região do Rio Grande, RS. **Química Nova**. Vol. 23, n.5, p. 590-593, 2000.

ORSSATTO, Fábio; HERMES, Eliane. Quantidade de CO₂ livre presente na água de chuva. In: II Congresso Científico da Região Centro Ocidental do Paraná - CONCCEPAR, 2, 2007, Campo Mourão. **Resumo em anais de congressos**. Campo Mourão: Faculdade Integrado. Disponível em:

<http://www.grupointegrado.br/portal/conccepar/?pg=desc_resumo&cod=299> Acesso em: 11 out. 2013

PARRON, Lucilia Maria; MUNIZ, Daphne Heloisa de Freitas; PEREIRA, Claudia Mara. **Manual de procedimentos de amostragem e análise físico-química de água**. Dados eletrônicos. Colombo: Embrapa Florestas, 2011. (Documentos / Embrapa Florestas, ISSN 1980-3958; 219). Disponível em:

<<http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/57612/1/Doc232ultima-versao.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.