







CONSENSO DE PROFESSORES DE SAÚDE COLETIVA SOBRE AS PRINCIPAIS ABORDAGENS PEDAGÓGICAS PARA A FORMAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Jônia Cybele Santos Lima¹ 
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima¹ 
Sávio Marcelino Gomes¹ 
Ana Patrícia de Freitas Lopes² 
Isaac Newton Machado Bezerra³ 
Luiz Roberto Augusto Noro¹ 

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Objetivo: estabelecer consenso a partir de especialistas sobre os elementos essenciais para a formação direcionada ao Sistema Único de Saúde, considerando os pressupostos da saúde coletiva e das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Método: trata-se de estudo de avaliabilidade, realizado com professores de saúde coletiva a partir de modelo lógico construído com foco nas Diretrizes Curriculares Nacionais e nas grandes áreas da saúde coletiva. Realizou-se validação de Matriz de critérios por meio do consenso de Delfos, realizado em três rodadas ocorridas entre junho e agosto de 2017. O banco de dados foi construído em planilha *Excel* e analisado após cada uma das rodadas. Ao final da última rodada, o banco de dados apresentou sua composição final para exportação ao *software* Stata, no qual foi realizada a análise estatística.

Resultados: ao final das três rodadas, 18 especialistas validaram a Matriz de critérios composta por 40 itens. As abordagens mais significativas estiveram relacionadas às subdimensões Atenção à saúde, Educação popular, Humanização, Participação popular, Responsabilidade social e Planejamento e gestão.

Conclusão: a Matriz de critérios validada caracteriza-se como importante ferramenta para construção do conhecimento, partindo da premissa de que, ao se apoderar das competências essenciais à formação no Diretrizes Curriculares Nacionais, o processo formativo poderá ser problematizado por todos os atores envolvidos. O atual cenário político brasileiro, atravessado por políticas de austeridade que desafiam a consolidação dos principais direitos constitucionais, deve servir como estímulo à formação de profissionais alinhados aos interesses públicos, em especial ao Diretrizes Curriculares Nacionais, nos cursos da área da saúde.

DESCRITORES: Formação profissional. Sistema único de saúde. Avaliação educacional. Currículo. Saúde pública.

COMO CITAR: Lima JCS, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM, Noro LRA. Consenso de professores de saúde coletiva sobre as principais abordagens pedagógicas para a formação no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190192. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0192>

CONSENSUS OF PUBLIC HEALTH PROFESSORS ON THE MAIN PEDAGOGICAL APPROACHES FOR TRAINING IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT

Objective: to establish consensus from experts on the essential elements for training aimed at the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*), considering public health assumptions and the Brazilian National Curriculum Guidelines (DCN - *Diretrizes Curriculares Nacionais*).

Method: this is an evaluability assessment carried out with public health professors based on a logical model built with a focus on DCN and on large areas of public health. Criteria matrix validation was performed through Delphi consensus, carried out in three rounds between June and August 2017. The database was built in an Excel spreadsheet and analyzed after each round. At the end of the last round, the database presented its final composition for export to the Stata software, in which statistical analysis was performed.

Results: at the end of three rounds, 18 experts validated the criteria matrix composed of 40 items. The most significant approaches were related to the subdimensions Health care, Popular education, Humanization, Popular participation, Social accountability, and Planning and management.

Conclusion: the validated criteria matrix is characterized as an important instrument for knowledge construction based on a premise that, by taking over the essential skills for training at DCN, the training process may be problematized by all actors involved. The current Brazilian political scenario, crossed by austerity policies that challenge consolidating the main constitutional rights, should serve as encouragement for a professional training aligned with public interests, especially DCN, in health courses.

DESCRIPTORS: Professional training. Unified Health System. Educational measurement. Curriculum. Public health.

CONSENSO DE LOS PROFESORES DE SALUD PÚBLICA SOBRE LOS PRINCIPALES ENFOQUES PEDAGÓGICOS DE LA FORMACIÓN EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD BRASILEÑO

RESUMEN

Objetivo: establecer consensos de expertos sobre los elementos esenciales para la formación dirigida al Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde), considerando los supuestos de salud colectiva y los Lineamientos Curriculares Nacionales (DCN - *Diretrizes Curriculares Nacionais*).

Método: se trata de un estudio de evaluabilidad, realizado con profesores de salud pública basado en un modelo lógico construido con un enfoque en la DCN y las grandes áreas de la salud pública. La validación de la Matriz de Criterios se realizó mediante el consenso Delphi, realizado en tres rondas entre junio y agosto de 2017. La base de datos se construyó en una hoja de cálculo de Excel y se analizó después de cada ronda. Al final de la última ronda, la base de datos presentó su composición final para exportar al software Stata, en el cual se realizó el análisis estadístico.

Resultados: al final de las tres rondas, 18 especialistas validaron la Matriz de criterios compuesta por 40 ítems. Los enfoques más significativos se relacionaron con las subdimensiones Salud, Educación popular, Humanización, Participación popular, Responsabilidad social y Planificación y gestión.

Conclusión: la matriz de criterios validados se caracteriza por ser una herramienta importante para la construcción del conocimiento, partiendo de la premisa de que, al asumir las competencias esenciales para la formación en los DCN, el proceso de formación puede ser problematizado por todos los actores involucrados. El actual escenario político brasileño, atravesado por políticas de austeridad que desafían la consolidación de los principales derechos constitucionales, debe servir de estímulo para la formación de profesionales alineados con los intereses públicos, especialmente los Lineamientos Curriculares Nacionales, en cursos en el área de salud.

DESCRITORES: Capacitación profesional. Sistema único de salud. Evaluación educacional. Curriculum. Salud pública.



INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se mostrado um grande desafio, tanto para as Instituições de Educação Superior (IES) quanto para os serviços de saúde.¹ As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam que os alunos dos cursos de graduação da área da saúde devem ter inserção nos cenários de práticas do SUS, visto que a aproximação entre educação e saúde com a realidade das comunidades envolvidas qualifica a formação profissional.²

O processo formativo dos profissionais de saúde nas IES vem se desenvolvendo a partir de estímulos diversos, tendo em vista as múltiplas categorias dessa área. Espera-se que os egressos atendam não somente às expectativas do sistema de saúde, mas principalmente que reflitam e exerçam positivamente suas atividades de forma a corresponder às reais necessidades da população.³

A formação de um profissional no SUS deve contemplar um olhar sobre o processo saúde-doença, valorizando os saberes múltiplos. Ademais, permite maior compreensão do indivíduo como ser singular e multidimensional, em seu contexto concreto. É fundamental que promova mudanças com os fatores condicionantes e determinantes da saúde e que seja focada na realidade social e em uma atuação intersetorial, a qual promova a melhoria da qualidade de vida da população.³ Com esse propósito, o alcance formativo, comprometido com o SUS, faz-se urgente, em especial a partir da inserção dos discentes, não apenas nos serviços assistenciais, mas em todos os espaços sociais que se relacionem com a promoção e o cuidado em saúde.⁴

Contribuiu com esse enfoque a Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde ao definir como eixo norteador a integração ensino-serviço com ênfase na Atenção Primária à Saúde e na integralidade em saúde. Dentre as estratégias no âmbito dessa política, o PRÓ-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) permitiu avanços ao alocar recursos para os cursos que se propusessem a rever currículos na perspectiva da articulação com o SUS. Já o PET-Saúde (Programa de Educação para o Trabalho em Saúde) proporcionou efetiva articulação entre alunos, tutores e preceptores dos serviços públicos de saúde.⁵

Apesar de avanços, existe ainda um grande desafio em definir uma melhor abordagem pedagógica que vise à formação no SUS e para o SUS. O campo de saberes da saúde coletiva necessita suportar práticas de saúde na sua essência, a partir da participação proativa da sociedade, permitindo a compreensão de seus problemas de saúde e de como traçar movimentos para o enfrentamento dessas adversidades.⁶ Vislumbra-se, com isso, a consolidação de ações formativas construídas a partir da consciência coletiva que envolvam professores, estudantes e a sociedade em geral.⁷

Nesse contexto, é salutar desenvolver propostas de processos de avaliação que possibilitem identificar, a partir dos cursos, o conhecimento da sua realidade em relação à formação centrada no SUS, seus principais avanços e desafios. Buscando preencher essa lacuna, o objetivo do presente estudo foi estabelecer consenso a partir de especialistas sobre os elementos essenciais para a formação direcionada ao SUS, considerando os pressupostos da saúde coletiva e das DCN.

MÉTODO

Desenvolveu-se estudo de avaliabilidade formado por um conjunto de procedimentos que antecede o processo de avaliação, por meio de exame sistemático e preliminar relativo às respostas adequadas para determinada situação-problema, o que fortalece sua adoção na tomada de decisão⁸, a partir da composição do Consenso de Delfos realizado em três rodadas que ocorreram entre os meses de junho e agosto de 2017.

Como primeira etapa do estudo, construiu-se o Modelo Lógico (Figura 1), a partir das orientações sinalizadas nas DCN, para a formação em saúde voltada aos cursos de graduação, na perspectiva de abordagens pedagógicas problematizadoras e formação voltada para o SUS. Por meio da construção

do Modelo Lógico foram levantados possíveis elementos constituintes: o problema, o contexto, o objetivo geral, as metas e os objetivos específicos da pesquisa a ser posteriormente avaliada. Também abrangeram as necessidades dos componentes essenciais das políticas e práticas de saúde a fim de produzir, de forma articulada e integrada, os resultados necessários relativos à formação em saúde, a partir das áreas de conhecimento da Epidemiologia, Ciências Sociais em Saúde e Política, Planejamento e Gestão direcionados a todos os atores envolvidos no processo.

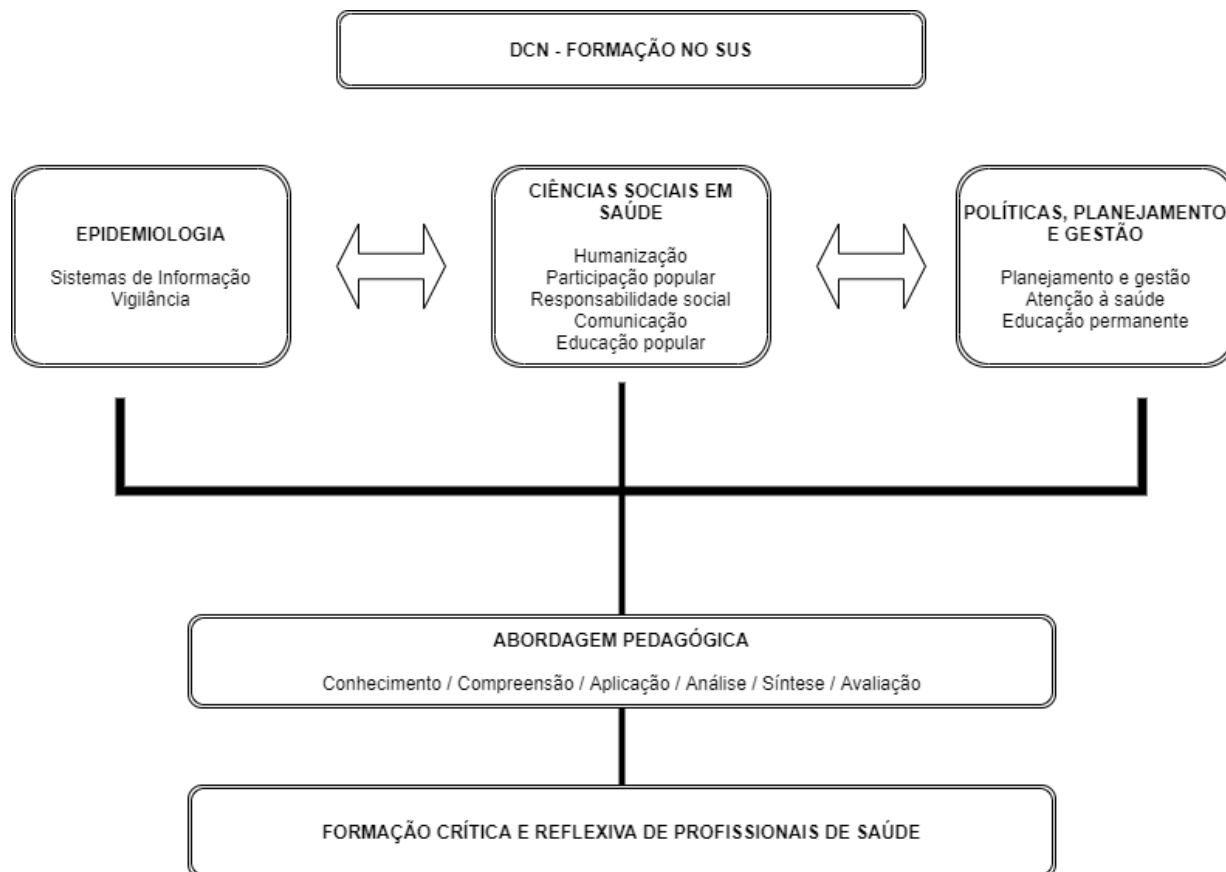


Figura 1 – Modelo lógico construído a partir das orientações sinalizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, na perspectiva de abordagens pedagógicas problematizadoras e formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na segunda etapa do estudo, construiu-se a Matriz de critérios, a partir de Dimensões e Subdimensões, as quais procuravam expressar o padrão esperado na imagem-objetivo definida no Modelo Lógico, com base na seguinte pergunta norteadora: que elementos são fundamentais para formar profissionais de saúde que venham a atuar na Atenção Primária à Saúde?

Para definição das Dimensões foram consideradas as três grandes áreas da Saúde Coletiva e para as Subdimensões, suas principais áreas de atuação. Dessa forma, definiu-se a seguinte configuração: Dimensão 1: Epidemiologia com as Subdimensões 1.1. Sistemas de Informação e 1.2. Vigilância em Saúde; Dimensão 2: Ciências Sociais em Saúde com as Subdimensões 2.1. Humanização, 2.2. Participação Popular, 2.3. Responsabilidade Social, 2.4. Comunicação e 2.5. Educação Popular; Dimensão 3: Política, Planejamento e Gestão com as Subdimensões 3.1. Planejamento e Gestão, 3.2. Atenção à Saúde e 3.3. Educação Permanente em Saúde.

Tendo em vista a busca de relações plausíveis entre essas áreas e as DCN, utilizaram-se as categorias do domínio cognitivo propostas pela taxonomia de Bloom (conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese, avaliação)⁹ para composição dos critérios a serem utilizados em cada uma das subdimensões. A partir da busca na literatura e dos parâmetros presentes no modelo lógico, elaborou-se a Matriz de critérios, composta por um total de 62 critérios.

Para utilização da Matriz de critérios como instrumento para coleta de dados, é fundamental sua validação, desenvolvida na terceira etapa deste estudo pela técnica do Consenso de Delfos, por meio de três rodadas de consultas aos especialistas na temática¹⁰, tendo como campo de estudo o campus central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Os especialistas para este estudo foram professores da área de saúde coletiva da UFRN dos cursos de graduação de Odontologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física e Saúde Coletiva. Os critérios de inclusão dos especialistas previam a titulação mínima de mestre e experiência prévia no SUS na condição de ter exercido função gerencial nos serviços de saúde. A partir desses critérios, identificou-se por meio do portal de docentes da UFRN um total de 36 especialistas.

Considerando a necessidade de convidar um quantitativo de especialistas acima da previsão para participação nas rodadas, por usualmente ocorrerem desistências, convidaram-se todos os professores identificados para participarem do Consenso de Delfos. A condução da coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do presente estudo. Para isso, enviou-se uma carta-convite, por meio de correio eletrônico, contendo aspectos como a proposta metodológica do estudo, o Modelo Lógico, a Matriz de critérios, além das orientações referentes às três rodadas previstas para desenvolvimento do Consenso de Delfos.

Para a primeira rodada, a Matriz de critérios foi encaminhada com as orientações relativas ao seu preenchimento e solicitada sua devolução em 15 dias, considerando a quantidade de critérios a serem avaliados. Entre as orientações, solicitou-se que os especialistas julgassem a coerência do critério em relação à Dimensão e à Subdimensão ao qual estava vinculado, indicando possíveis sugestões para melhoria na redação ou mesmo indicação de novas Dimensões, novas Subdimensões ou novos critérios, em campo específico na própria Matriz. Em um segundo momento, o especialista deveria avaliar com uma nota de 0 (zero) a 10 (dez) cada um dos critérios da Matriz. A nota 0 significava a exclusão do critério e a nota 10 indicava a importância máxima para a formação de profissionais de saúde com foco no SUS.

Na segunda rodada, após ajustes dos critérios sugeridos pelos especialistas e sinalização dos itens já validados, a Matriz de critérios foi novamente enviada, solicitando-se a mesma avaliação dos critérios que não foram validados na primeira rodada. Para essa rodada também foi definido um prazo para devolução de 15 dias. Na terceira rodada, os procedimentos foram semelhantes aos da segunda rodada, mantendo-se o mesmo prazo para devolutiva.

O banco de dados foi construído em planilha *Excel*, no qual foi realizada a análise após cada uma das rodadas. Ao final da última rodada, o banco de dados apresentou sua composição final para exportação ao *software* Stata, no qual foi realizada a análise estatística. As notas atribuídas pelos especialistas foram analisadas estatisticamente, sendo considerados validados os critérios com mediana igual a 10 (dez), média igual ou superior a 8 (oito), valor de desvio-padrão menor ou igual a 3 (três) e coeficiente de variação inferior a 35% (trinta e cinco por cento).

O projeto de pesquisa para desenvolvimento do estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo e confidencialidade em relação às informações prestadas. Para participação no estudo, os especialistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 36 especialistas convidados, 19 retornaram seus pareceres na primeira rodada do Consenso de Delfos, tendo sido validados nessa fase 29 critérios. Na segunda rodada, participaram os mesmos 19 especialistas, os quais validaram 6 critérios. Na terceira rodada, participaram 18 especialistas e foram validados mais 5 critérios. Ao final das três rodadas, 40 critérios foram validados, a partir dos 62 propostos inicialmente. Na Tabela 1, são apresentados os resultados a partir das Dimensões e Subdimensões, considerando a Matriz de critérios enviada aos especialistas na primeira rodada, assim como o desempenho de cada critério após as três rodadas.

Tabela 1 – Dimensões, Subdimensões e critérios com respectiva média, desvio-padrão, mediana e coeficiente de variação após Consenso de Delfos, por rodada de validação, Natal, RN, Brasil, 2017.

Dimensões	M*	DP†	Me‡	CV§	Rod
Dimensão: Epidemiologia					
Subdimensão Sistemas de Informação					
Conhecimento dos sistemas de informação	9,26	1,522	10	16,4	1 ^a
Avaliação da situação de saúde para orientar o planejamento das ações de saúde do território	9,26	2,353	10	25,4	1 ^a
Compreensão da importância do correto preenchimento dos instrumentos coleta dos dados e obtenção das informações para consolidação do sistema de informação	8,79	2,149	10	24,4	1 ^a
Utilização do SIS da Atenção Básica para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas do território	8,74	2,491	10	28,5	1 ^a
Cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação	7,68	3,163	9	--	*
Compreensão do conceito de vigilância à saúde enquanto norteador do modelo de atenção à saúde	8,68	2,562	10	29,5	1 ^a
Desenvolvimento de atividades para realização da Análise de Situação de Saúde da população do território de atuação	8,75	2,77	10	31,4	2 ^a
Subdimensão Vigilância à Saúde					
Compreensão sobre o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, suas responsabilidades e diretrizes	8,67	2,46	10	28,3	3 ^a
Desenvolvimento de habilidades para realização da Análise de Situação de Saúde da população do território de atuação para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações	8,44	2,872	10	34	3 ^a
Realização de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico	8,53	3,133	10	--	*
Notificação de doenças e agravos	7,89	3,23	10	--	*
Conhecimento do perfil epidemiológico das comunidades	7,58	4,1	10	--	*
Conhecimento dos fatores de risco (perfil epidemiológico)	7,11	4,421	10	--	*
Realização de busca ativa	7,79	3,066	8	--	*
Acompanhamento da situação de saúde do território	6,08	4,326	7,8	--	*
Dimensão ciências sociais e humanas em saúde					
Subdimensão Humanização					
Avaliação da classificação de risco e das vulnerabilidades durante as atividades de acolhimento	9,53	0,87	10	9,1	1 ^a

Tabela 1 – Cont.

Dimensões	M*	DP†	Me‡	CV§	Rod
Conhecimento da Política Nacional de Humanização e diretrizes	9,53	1,02	10	10,7	1 ^a
Desenvolvimento do acolhimento dos usuários por meio da escuta qualificada das necessidades de saúde	8,89	2,307	10	25,9	1 ^a
Conhecimento e aplicabilidade dos dispositivos da Política Nacional de Humanização	8,63	2,409	10	27,9	1 ^a
Desenvolvimento da prática da escuta, da compreensão e da comunicação com a comunidade	8,61	3,20	10	--	*
Compreensão dos processos interacionais com os dos usuários	7,94	3,288	9	--	*
Subdimensão Participação popular					
Construção de vínculo com a comunidade e com a equipe multiprofissional	9,53	0,8	10	8,4	1 ^a
Conhecimento sobre participação popular e controle social em saúde	8,95	2,415	10	26,9	1 ^a
Formulação de propostas para efetiva participação da comunidade no conselho de saúde	6,79	3,881	9	--	*
Participação em plenárias de conselhos de saúde e/ou conferências de saúde	8,42	1,924	9	--	*
Promoção da mobilização e participação da comunidade para efetivação do controle social	8,24	2,605	9	--	*
Atuar ativamente na articulação da comunidade para participação no conselho de saúde	7,37	3,148	9	--	*
Subdimensão Responsabilidade social					
Conhecimento dos princípios de ética e bioética	9,74	0,806	10	8,3	1 ^a
Entendimento da cidadania como condição do indivíduo que vive de acordo com um conjunto de estatutos pertencentes a uma comunidade política e socialmente articulada	9,63	0,684	10	7,1	1 ^a
Agir respeitando critérios deliberados pelo grupo ou equipe	8,63	2,753	10	31,9	1 ^a
Prática da ética vinculada aos princípios da igualdade, justiça, benevolência e não maledicência nos processos de tomada de decisão em saúde	8,89	2,56	10	28,7	3 ^a
Compreensão da bioética como estudo sistemático da conduta humana na área da saúde	8	3,667	10	--	*
Subdimensão Comunicação					
Percepção dos interesses dos diferentes grupos sociais	8,79	2,299	10	26,1	1 ^a
Desenvolver estratégias e tecnologias sociais de envolvimento com a comunidade para desenvolvimento de ações em saúde	8,75	2,427	10	27,7	1 ^a
Conhecimento da linguagem da comunidade	8,42	2,795	10	33,1	1 ^a
Prática da escuta, do entendimento e da comunicação	8,58	3,115	10	--	*
Utilização de linguagem clara e acessível	7,79	3,75	10	--	*
Subdimensão Educação popular					
Realização de ações de educação em saúde dirigidas à população adstrita	9,63	0,831	10	8,6	1 ^a
Conhecimento dos princípios da educação popular em saúde	9,58	1,017	10	10	1 ^a
Compartilhamento dos diferentes saberes na comunidade	8,42	3,097	10	--	*
Implementar estratégias de educação popular em saúde	8,34	3,118	10	--	*
Argumentação e relacionamento com as lideranças	7,74	3,347	9	--	*

Tabela 1 – Cont.

Dimensões	M*	DP†	Me‡	CV§	Rod
Dimensão: Política, Planejamento e Gestão					
Subdimensão Planejamento e Gestão					
Conhecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	9,74	0,653	10	6,7	1 ^a
Identificação dos Modelos Assistenciais de Saúde	9,68	0,82	10	8,4	1 ^a
Conhecimento da trajetória histórica, política e econômica da Saúde no Brasil	9,63	0,761	10	7,9	1 ^a
Conhecimento das ferramentas de planejamento e gestão em saúde	9,47	0,964	10	17,1	1 ^a
Avaliação das ações definidas no processo de planejamento / gestão em saúde	9,35	0,931	10	9,9	2 ^a
Compreensão da realização de trabalho interdisciplinar e em equipe	9,18	2,43	10	26,4	2 ^a
Participação efetiva no planejamento das atividades para as ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica	8,94	2,436	10	27,2	2 ^a
Conhecimento dos recursos humanos da área de atuação e de suas atribuições	8,53	2,366	9	- -	*
Compreensão dos processos de trabalho em saúde	8,42	3,079	10	- -	*
Subdimensão Atenção à Saúde					
Conhecimento das Redes de Atenção Integral à saúde	9,84	0,501	10	5,1	1 ^a
Conhecimento do processo de territorialização da área de atuação da equipe da UBS	9,58	0,902	10	9,4	1 ^a
Realização de ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local	9,32	2,311	10	24,7	1 ^a
Conhecimento das linhas de cuidado para a atenção integral à saúde	9,53	0,739	10	7,7	1 ^a
Vivência das ações desenvolvidas a partir das linhas de cuidado e da integralidade com as equipes de Saúde da Família	9,41	0,795	10	8,5	2 ^a
Compreender a importância da realização das atividades do cuidado à saúde da população	8,92	2,35	10	26,3	3 ^a
Compressão da intersetorialidade	7,79	3,584	10	- -	*
Subdimensão Educação Permanente em Saúde					
Conhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	9,32	1,057	10	11,3	1 ^a
Articulação dos diferentes saberes na equipe	9,11	2,331	10	25,5	1 ^a
Desenvolvimento de atividades educativas baseadas em metodologias ativas de aprendizagem para participação efetiva nas atividades de educação permanente	9,26	1,12	10	12,1	2 ^a
Enfoque no contexto da comunidade, permitindo abordagens educativas a partir dos problemas de saúde vivenciados no cotidiano	9,17	2,36	10	25,7	3 ^a

*critério não validado; *M: média; †DP: desvio-padrão; ‡Me: mediana; §CV: coeficiente de variação após Consenso de Delfos; ||Rod: rodada de validação; ^aordem da rodada de validação.

Não houve alteração na redação das Dimensões e Subdimensões propostas na Matriz de critérios ao longo do processo de validação. A alteração de redação aconteceu em alguns critérios. A Matriz de critérios definida como instrumento de coleta de dados para pesquisas que busquem avaliar a formação voltada ao SUS está consolidada no Quadro 1.

Quadro 1 – Matriz de critérios validada com suas respectivas Dimensões e Subdimensões, Natal, RN, Brasil, 2017.

DIMENSÃO 1. EPIDEMIOLOGIA
<p>1.1. Sistemas de Informação Conhecimento dos sistemas de informação Compreensão da importância do correto preenchimento dos instrumentos para coleta dos dados e obtenção das informações para consolidação do sistema de informação Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, demográficas e epidemiológicas do território Avaliação da situação de saúde para orientar o planejamento das ações de saúde do território</p>
<p>1.2. Vigilância em Saúde Compreensão do conceito de vigilância à saúde enquanto norteador do modelo de atenção à saúde Desenvolvimento de habilidades para realização da Análise de Situação de Saúde da população do território de atuação para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações Compreensão sobre o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, suas responsabilidades e diretrizes Desenvolvimento de atividades para realização da Análise de Situação de Saúde da população do território de atuação</p>
DIMENSÃO 2. CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE
<p>2.1. Humanização Conhecimento da Política Nacional de Humanização de suas diretrizes Conhecimento e aplicabilidade dos dispositivos da Política Nacional de Humanização Desenvolvimento do acolhimento dos usuários por meio da escuta qualificada das necessidades de saúde Avaliação da classificação de risco e das vulnerabilidades durante as atividades de acolhimento</p>
<p>2.2. Participação popular Conhecimento sobre participação popular e controle social em saúde Construção de vínculo com a comunidade e com a equipe multiprofissional</p>
<p>2.3. Responsabilidade social Conhecimento dos princípios de ética e bioética Entendimento da cidadania como condição do indivíduo que vive de acordo com um conjunto de estatutos pertencentes a uma comunidade política e socialmente articulada Agir respeitando critérios deliberados pelo grupo ou equipe Prática da ética vinculada aos princípios da igualdade, justiça, benevolência e não maledicência nos processos de tomada de decisão em saúde</p>
<p>2.4. Comunicação Conhecimento da linguagem da comunidade Percepção dos interesses dos diferentes grupos sociais Desenvolver estratégias e tecnologias sociais de envolvimento com a comunidade para desenvolvimento de ações em saúde</p>
<p>2.5. Educação popular Conhecimento dos princípios da educação popular em saúde Realização de ações de educação em saúde dirigidas à população adstrita</p>
DIMENSÃO 3. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
<p>3.1. Planejamento e Gestão Conhecimento da trajetória histórica, política e econômica da Saúde no Brasil Conhecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde Identificação dos Modelos Assistenciais de Saúde Conhecimento das ferramentas de planejamento e gestão em saúde Compreensão da realização de trabalho interdisciplinar e em equipe multiprofissional Participação efetiva no planejamento das atividades para as ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica Avaliação das ações definidas no processo de planejamento/gestão em saúde</p>

Quadro 1 – Cont.

DIMENSÃO 3. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO
3.2. Atenção à Saúde Conhecimento do processo de territorialização da área de atuação da equipe da UBS Conhecimento das linhas de cuidado para a atenção integral à saúde Conhecimento das Redes de Atenção Integral à Saúde Realização de ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local Vivência das ações desenvolvidas a partir das linhas de cuidado e da integralidade com as equipes de Saúde da Família Compreender a importância da realização das atividades do cuidado à saúde da população
3.3. Educação Permanente em Saúde Conhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Desenvolvimento de atividades educativas baseadas em metodologias ativas de aprendizagem para participação efetiva nas atividades de educação permanente Articulação dos diferentes saberes na equipe Enfoque no contexto da comunidade, permitindo abordagens educativas a partir dos problemas de saúde vivenciados no cotidiano

Com relação à Dimensão Epidemiologia e suas Subdimensões (Sistema de Informações e Vigilância em Saúde), 8 critérios foram validados, sendo 4 em cada Subdimensão. Já na Dimensão Ciências Sociais em Saúde, validaram-se 15 critérios, considerando-se a seguinte distribuição entre as Subdimensões: 4 em Humanização, 2 em Participação popular, 4 em Responsabilidade social, 3 em Comunicação e 2 em Educação popular. A Dimensão Política, Planejamento e Gestão foi a que teve um maior número de critérios validados, o equivalente a 17 critérios nas 3 subdimensões: 7 em Planejamento e Gestão em Saúde, 6 em Atenção à Saúde e 3 critérios em Educação Permanente em Saúde.

Entretanto, quando são identificados os critérios com melhor desempenho a partir da média (acima de 9,0) e mediana (igual a 10) e menor dispersão entre os especialistas, por meio do desvio-padrão (menor que 1) e coeficiente de variação (menor que 10%), observaram-se aqueles que seriam os elementos essenciais e de maior importância para a formação, conforme disponibilizado na Tabela 2.

Importante sinalizar que nenhum dos critérios da Dimensão Epidemiologia apresentou-se como de importância essencial na formação voltada para o SUS, ao passo que critérios das Subdimensões Planejamento e Gestão e Atenção à Saúde da Dimensão Política, Planejamento e Gestão e critérios das Subdimensões Educação popular, Humanização, Participação popular e Responsabilidade social da Dimensão Ciências Sociais em Saúde apresentaram essa perspectiva.

Tabela 2 – Média (M), desvio-padrão (DP), mediana (Me) e coeficiente de variação (CV) dos critérios mais significativos na percepção de professores, por Dimensão e Subdimensões, Natal, RN, Brasil, 2017.

Subdimensão	Crítérios	M*	DP†	Me‡	CV§
Dimensão: Política, Planejamento e Gestão					
Atenção à Saúde	Conhecimento das Redes de Atenção Integral à Saúde	9,84	0,501	10	5,1
	Conhecimento do processo de territorialização da área de atuação da equipe da UBS	9,58	0,902	10	9,4
	Conhecimento das linhas de cuidado para a atenção integral à saúde	9,53	0,739	10	7,7
	Vivência das ações desenvolvidas a partir das linhas de cuidado e da integralidade com as equipes de Saúde da Família	9,41	0,795	10	8,5
Planejamento e Gestão	Conhecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	9,74	0,653	10	6,7
	Identificação dos Modelos Assistenciais de Saúde	9,68	0,82	10	8,4
	Conhecimento da trajetória histórica, política e econômica da saúde no Brasil	9,63	0,761	10	7,9
	Avaliação das ações definidas no processo de planejamento / gestão em saúde	9,35	0,931	10	9,9
Dimensão: Ciências Sociais em Saúde					
Responsabilidade social	Conhecimento dos princípios de ética e bioética	9,74	0,806	10	8,3
	Entendimento da cidadania como condição do indivíduo que vive de acordo com um conjunto de estatutos pertencentes a uma comunidade política e socialmente articulada	9,63	0,684	10	7,1
Educação popular	Realização de ações de educação em saúde dirigidas à população adstrita	9,63	0,831	10	8,6
Humanização	Avaliação da classificação de risco e das vulnerabilidades durante as atividades de acolhimento	9,53	0,87	10	9,1
Participação popular	Construção de vínculo com a comunidade e com a equipe multiprofissional	9,53	0,8	10	8,4

*M: média; †DP: desvio-padrão; ‡Me: mediana; §CV: coeficiente de variação após Consenso de Delfos.

DISCUSSÃO

Dentre os vários avanços propostos pelas DCN dos cursos da área da saúde, possivelmente, o maior desafio continue sendo a formação centrada no SUS. Para alcance desse desafio, é fundamental o aprendizado em componentes curriculares que constituem o campo de saberes e de práticas da área de Saúde Coletiva. Apesar disso, pela abrangência e complexidade da área de Saúde Coletiva, observa-se a necessidade de se estabelecer um consenso sobre as prioridades educativas a serem desenvolvidas na formação adequada para inserção dos egressos no SUS, indo ao encontro das propostas contidas nas DCN.

A partir da visão de especialistas na docência em saúde coletiva, o presente estudo configurou-se como um possível caminho para indicar essas abordagens pedagógicas voltadas ao SUS nos cursos de graduação. O estudo tem como grande contribuição desenvolvimento de um instrumento que permita a avaliação e autoavaliação dos cursos de graduação. Deve ser útil para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas que tenham interesse em conhecer o estágio atual de incorporação da formação no SUS, seja por comparar diferentes cursos de graduação, seja pela percepção de alunos

sobre esse estágio. Na perspectiva da autoavaliação, pode contribuir com o docente na reflexão sobre suas práticas pedagógicas, identificando as mais adequadas na área de saúde coletiva e aos discentes uma maior compreensão das dimensões de sua atuação no SUS.

Para isso, buscou referência nas três grandes áreas da Saúde Coletiva, as quais se configuraram como Dimensões no modelo lógico proposto. Ao longo das três rodadas para validação da Matriz de critérios, nenhuma Dimensão teve proposta de alteração pelos especialistas, o que as configura como referência adequada para se pensar na articulação do campo de saberes da Saúde Coletiva. Esse direcionamento é fundamental para se propor a construção de currículos integrados.

A necessidade do ensino em Epidemiologia durante a formação em saúde tem se evidenciado com ênfase em se compreender as dinâmicas da população, agregando ao planejamento estratégico, geoprocessamento e indicadores de desempenho, para monitorar a eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde prestadas à população.¹¹ As Subdimensões que compuseram essa Dimensão (Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação) tiveram 8 (oito) critérios validados pelos especialistas, entretanto nenhum deles apresentou importância essencial na formação voltada para o SUS na graduação, conforme sinalizado na Tabela 2. Tal fato chama atenção, uma vez que a Epidemiologia é a área responsável pelo melhor desempenho acadêmico dos Programas de Pós-graduação *stricto sensu*, sendo a área na Saúde Coletiva com maior produção científica.

Em razão do processo de aprender, a partir dos cenários reais de práticas, têm-se na Dimensão Ciências Sociais em Saúde propostas voltadas à reflexão sobre a construção do humano inserido na sociedade e suas relações com o processo de saúde-doença-cuidado. Para a formação profissional voltada ao contexto do SUS, os especialistas consideraram que na Dimensão Ciências Sociais e Humanas em Saúde é preciso abordar conteúdos relacionados à humanização, responsabilidade social, educação popular e participação popular, sendo elementos essenciais na construção do processo de aprendizagem dos alunos.

Evidencia-se a importância da humanização e das ferramentas do acolhimento, que pressupõe a garantia de acesso aos serviços de saúde públicos a todas as pessoas. Essa estratégia diz respeito à escuta de problemas de saúde do usuário de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta à resolução do problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde.

A responsabilização com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, pois diz respeito, também, ao vínculo necessário ao serviço e à população usuária.¹² Incorporar a responsabilidade social visa trazer verdadeiramente a formação inserida às práticas em saúde na comunidade, passando a desenvolver com os profissionais o papel mobilizador de agentes sociais a ser construído já no seu processo de aprendizado, pois toma para si a responsabilidade de emergir os níveis sociais que rodeiam a saúde.

Com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde de 2013, vemos as mobilizações diante do compromisso com os princípios do SUS, sobretudo o da participação social. A Educação Popular em Saúde volta-se como prática político-pedagógica centrada na reflexão e sobre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, nas quais o centro passa a ser o diálogo. A construção de conhecimentos individuais e coletivos dos sujeitos vem capacitá-los para a introdução na realidade do SUS, fortalecendo a participação social na consolidação e construção desse Sistema.¹³

A participação da população relaciona-se ao controle social, o qual passa a ser ferramenta de democratização, a qual deve buscar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão.¹⁴

No contexto da Dimensão Política, Planejamento e Gestão, os especialistas concordaram que na formação em saúde coletiva é preciso abordar temas relacionados ao planejamento e gestão em saúde, atenção à saúde e educação permanente em saúde (Subdimensões), essenciais na aprendizagem dos alunos. Dentre as áreas de formação e de atuação da saúde coletiva, a Dimensão Política, Planejamento e Gestão talvez seja a que contempla mais elementos aplicáveis cotidianamente, uma vez que os saberes e práticas direcionam para a realização de diagnósticos situacionais e, consecutivamente, para a proposição de intervenções no âmbito da micro e da macropolítica.

A Dimensão Política, Planejamento e Gestão também reúne grandes e atuais desafios para o avanço do SUS, uma vez que as instituições de saúde resultam em ambientes de trabalho complexos e abrangentes. Um desses desafios é o de estimular a relação interprofissional, não necessariamente desenvolvida nos cursos de graduação, com profissionais muitas vezes desmotivados, quer pelas condições de trabalho, quer pela desvalorização salarial.¹⁵ Seria essencial que esses profissionais desenvolvessem ações de promoção à saúde, pautadas na integralidade, na universalidade e na equidade.¹⁶ Possivelmente por isso tenha sido a Dimensão com o maior número de critérios considerados essenciais na formação (Tabela 2).

Observa-se que, na Subdimensão Atenção à Saúde, os critérios mais significativos estiveram relacionados à categoria do domínio cognitivo de Bloom relativo ao conhecimento das “Redes de Atenção Integral à Saúde (RAS)”, do “processo de territorialização da área de atuação da equipe da UBS” e dos “princípios e diretrizes do SUS”, ao passo que na categoria do domínio cognitivo da aplicabilidade, na “vivência das ações desenvolvidas a partir das linhas de cuidado e da integralidade com as equipes de Saúde da Família”.

Para potencializar mudanças na formação, bem como nas práticas de gestão, trabalho e atenção à saúde, estratégia potente é o fortalecimento das RAS. No Brasil, a constituição das RAS está prevista no arcabouço legal do SUS, quando a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que os serviços públicos de saúde devessem estar articulados de modo regionalizado e hierarquizado. Entretanto, somente em 2010, a partir da Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, é que são criadas as diretrizes para implantação das RAS no âmbito do SUS.¹⁷ Para que as Redes sejam efetivas, é essencial que o aluno compreenda a lógica da territorialização adotada pela Estratégia Saúde da Família, uma vez que a atenção primária é considerada a porta de entrada do SUS.¹⁸

Partindo dessa base e do efetivo conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, seria possível a inserção dos alunos nos serviços públicos de saúde.¹⁹ Outro elemento considerado essencial pelos especialistas é que esses conhecimentos estejam, ao longo da formação, articulados à vivência das ações desenvolvidas a partir das linhas de cuidado e da integralidade com as equipes de Saúde da Família, permitindo avanço em relação à articulação com o serviço de saúde.²⁰

Já na Subdimensão Planejamento e gestão, destacaram-se os critérios “conhecimento da trajetória histórica, política e econômica da Saúde no Brasil” e “identificação dos Modelos Assistenciais de Saúde”, ambos na categoria do domínio cognitivo relativo ao conhecimento, enquanto a “avaliação das ações definidas no processo de planejamento e gestão em saúde” caracteriza-se pela categoria do domínio cognitivo relativo à avaliação. Além de conhecer o SUS, a partir de sua trajetória histórica, política e econômica, é preciso que os graduandos conheçam os entraves existentes no cotidiano dos serviços, estando aptos para gerir o seu processo de trabalho e o processo de trabalho de outros profissionais. Para isso, é fundamental que compreenda os diferentes modelos assistenciais que se constituíram no SUS, possibilitando identificar seus desafios, ainda hoje presentes.

CONCLUSÃO

Em substituição ao “*modus operandi*” flexneriano e biomédico, ainda hoje hegemônico em algumas IES, faz-se fundamental a consolidação de preceitos da saúde coletiva que permitam maior coerência na definição do SUS como campo privilegiado para a formação em saúde. Ao envolver alunos e professores, a Matriz de critérios caracteriza-se como importante ferramenta para integração e construção do conhecimento, a partir da transformação da prática pedagógica e reorientação da aprendizagem, partindo da premissa de que, ao se apoderar das competências essenciais à formação no SUS, o processo formativo poderá ser problematizado por todos os atores envolvidos.

O atual cenário político brasileiro, atravessado por políticas de austeridade que desafiam a consolidação dos principais direitos constitucionais, deve servir como estímulo à formação de profissionais alinhados aos interesses públicos. Na área da saúde, essa defesa deve ser efetiva na manutenção do SUS como política essencial para garantir o direito à saúde universal, pública e gratuita a toda a população.

REFERÊNCIAS

1. Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. ABCS Health Sci [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 22];40(3):300-5. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshts.v40i3.811>
2. Makuch DMV, Zagonel IPS. Comprehensive care in health teaching: a systematic review. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2017 [acesso 2019 Ago 22];41(4):515-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20170031>
3. Luccas DS, Larocca LM, Chaves MMN, Bernardino E. Enfermeiros e o processo de trabalho de um hospital de ensino: implantação do Sistema Único de Saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [acesso 2020 Mar 18];24(4):959-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500000180014>
4. Palmier AC, Amaral JHL, Werneck MAF, Senna MIB, Lucas SD. Participation by dentistry students in the Unified National Health Service: contributions from the Educational Program for Health Work. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012 [acesso 2019 Ago 06];36(1):152-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300022>
5. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pro-Health and PET-Health as interprofessional education spaces. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 06];19(Suppl1):709-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0994>
6. Oliveira MLS, Silva FCS, Brito KJ, Espírito-Santo E. Public health: how graduated student sees training. Rev Saude Desenv [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 06];7(4):78-93. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/372>
7. Nalom DMF, Ghezzi JFSA, Higa EFR, Peres CRFB, Marin MJS. Health education: learning from professional practice. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [acesso 2019 Ago 22];21(9):2949-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>
8. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Evaluability assessment application on health field: an integrative review. Saude Debate [Internet]. 2019 [acesso 2019 Ago 22];43(120):240-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912018>
9. Ferraz APCM, Belhot RV. Bloom’s taxonomy and its adequacy to define instructional objective in order to obtain excellence in teaching. Gest Prod [Internet]. 2010 [acesso 2019 Ago 06];17(2):421-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>

10. Valdés MG, Marín MS. Empleo del método Delphi en investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. *Rev Cuba Inf Cienc Salud* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Ago 06];24(2):133-44. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v24n2/ics04213.pdf>
11. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Nov 11];41(Spe):118-37. Available from <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s10>
12. Ramos EA, Kattah JAR, Miranda LM, Randow R, Guerra VA. Humanization on Primary Health Care. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 06];28(Suppl 5):e-S280522. Disponível em: <http://www.rmmg.org/numerosanteriores/28>
13. Raimondi GA, Paulino DB, Mendes Neto JP, Diniz LF, Rosa GFC, Limirio V Junior, et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 16];42(2):73-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170043>
14. Oliveira PN, Lima MCR. Controle social e transparência na gestão pública: uma análise das ferramentas disponíveis na administração pública no Brasil. *Rev Mult Psic* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mar 20];13(45):563-80. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i45.1762>
15. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Ago 06];22(5):1489-1500. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
16. Machado MH, Ximenes FRG Neto. The Management of Work and Education in Brazil's Unified Health System: thirty years of progress and challenges. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Ago 06];23(6):1971-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>
17. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Ago 06];19(1):169-73. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
18. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Nov 14];28(4):e280411. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280411>
19. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [acesso 2019 Nov 11];13(Suppl 1):771-80. Available from <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>
20. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Nov 12];18(51):647-60. Available from <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - A Formação Profissional voltada ao Sistema Único de Saúde e as Percepções sobre Conteúdos de Saúde Coletiva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Lima JCS, Noro LRA.

Coleta de dados: Lima JCS, Noro LRA, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM.

Análise e interpretação dos dados: Lima JCS, Noro LRA, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM.

Discussão dos resultados: Lima JCS, Noro LRA, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Lima JCS, Noro LRA, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM.

Revisão e aprovação final da versão final: Lima JCS, Noro LRA, Lima RRT, Gomes SM, Lopes APF, Bezerra INM.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, parecer n. 56995516.9.0000.5292, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 56995516.9.0000.5292.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 22 de agosto de 2019.

Aprovado: 06 de abril de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Jônia Cybele Santos Lima
joniacybele@yahoo.com.br