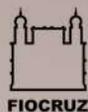


EDUCAÇÃO, ATENÇÃO E CUIDADO

VOLUME 3

Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde

Série Interloquções Práticas, Experiências
e Pesquisas em Saúde



Gideon Borges dos Santos
ORGANIZADOR



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADOR
Gideon Borges dos Santos

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

EDUCAÇÃO, ATENÇÃO E CUIDADO

VOLUME 3

Contribuições do Ensino
Lato Sensu da Escola
Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca para o
Sistema Único de Saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Imagem Capa
Lúcia Pantojo

Revisão
Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Comissão Científica

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
Jose Wellington Gomes Araújo
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino

Comissão Organizadora

Adelyne Maria Mendes Pereira
Adriana de Holanda
Ana Laura Brandão
Célia Regina de Andrade
Denise Cavalcante de Barros
Gideon Borges dos Santos
Giselle Goulart de Oliveira Matos
José Wellington gomes Araújo
Karen Cordovil
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Marcia Teixeira
Marilúcia Oliveira da Silva
Mirna Barros Teixeira
Roberta Gondim de Oliveira
Valeria Teresa Saraiva Lino
Vilma Valeria Fonseca Brito

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

E21

Educação, atenção e cuidado: contribuições do ensino Lato Sensu da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para o Sistema Único de Saúde - volume 3/ Organizador: Gideon Borges dos Santos. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

388 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 49).

E-book: 6.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-112-0

DOI: 10.18310/9786554621120

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Continuada. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto.

NLM WA 18
CDU 37.035

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

CAPÍTULO 1 | PRÁTICA DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESCOLA COMO CONTRIBUIÇÃO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 11

Ana Valéria Melo de Almeida, Natália Martins Laurino, Gilson Jácome dos Reis

CAPÍTULO 2 | EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 27

Aracely Gomes Pessanha, Valeria Tereza Saraiva Lino

CAPÍTULO 3 | REVITALIZAÇÃO DO LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS: ESTREITANDO OS LAÇOS ENTRE ESCOLA, SAÚDE E TECNOLOGIA 40

Bruna Ernandes Nascimento

CAPÍTULO 4 | CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) – SERRO (MG)..... 56

Camila Zamban de Miranda

CAPÍTULO 5 | SAÚDE DA FAMÍLIA NO FUTURO: A CLÍNICA QUE SE COMUNICA 70

Clarice Miranda de Carvalho, Gabriel Rodrigues Mardegan, Quesia Ferreira da Silva, Samara Cristina Santos Castro Moreira, Thayna dos Santos Miranda, Dyanna Jóia dos Santos de Carvalho, Daniela Muzi, Ana Claudia Mendes de Andrade e Peres, Renata Ruiz Calicchio, José Wellington Gomes Araújo

CAPÍTULO 6 | OFICINA EDUCATIVA COMO FERRAMENTA DE EXPANSÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA..... 89

Claudia Aparecida dos Santos Tatagiba, Ernani Costa Mendes

CAPÍTULO 7 | OFICINAS PEDAGÓGICAS COM PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESSIGNIFICANDO AS REUNIÕES DE EQUIPE..... 104

Daiane Mayara Alves, Flávia Carotta

CAPÍTULO 8 | A TRANSLACIONALIDADE TEORIA-PRÁTICA DO CONCEITO DE SAÚDE AMPLIADA NA DISCIPLINA DE HISTOLOGIA PARA O CURSO DE ODONTOLOGIA 119

Jaqueline de Carvalho Rinaldi, Cynthia C Schmidt Campanati

CAPÍTULO 9 | EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS VIVENCIADOS PELOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS (GO) 136

Jeane Gomes Ribeiro, Regina Claudia Barroso Cavalcante

CAPÍTULO 10 | DESCRISTALIZAR AS VIOLÊNCIAS NO SERTANEJO: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE GÊNERO, MORBIMORTALIDADE E CUIDADO AO PÚBLICO MASCULINO COM EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA DO SERIDÓ POTIGUAR 151

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva

CAPÍTULO 11 | O USO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS APOIANDO O TRABALHO NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM SITUAÇÃO DE RUA 167

Ranulfo Cavalari Neto, Renata Pires Pesce

CAPÍTULO 12 | MINDFULNESS COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O FOCO E A CONCENTRAÇÃO DE ALUNOS DAS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL 183

Rita de Cássia Pacheco de Moraes, Michelle Guiot Mesquita

CAPÍTULO 13 | ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR: UMA PROPOSTA PARA A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO – UBERLÂNDIA (MG) 202

Sibele Cristina Ribeiro

CAPÍTULO 14 | NETINHA NEWS: SAÚDE E TECNOLOGIA NA ESCOLA... 219

Sibele Pontes Rocha, Karla Kristine Dames da Silva, Regina Lúcia Monteiro Henriques, José Jair Brandão

CAPÍTULO 15 | RESIDÊNCIA, SUBJETIVIDADE E GESTÃO EM SAÚDE – ENTRE A PARTICIPAÇÃO, A PRODUÇÃO E A CRIATIVIDADE 236

Sofia Sayuri Yoneta, Lilian Miranda

CAPÍTULO 16 | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO NUTRIÇÃO PARA O SUS: UM “DIÁRIO INSTITUCIONAL” DA GESTÃO INTERFEDERATIVA DA ATENÇÃO BÁSICA.....259

Sophia Rosa Benedito, Ricardo Burg Ceccim, Everson Rach Vargas

CAPÍTULO 17 | ATIVAÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA NAS ATITUDES DOS FUTUROS PROFISSIONAIS MÉDICOS E A QUALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO280

Suely Coelho Tavares da Silva, Juliana Veiga Cavalcanti

CAPÍTULO 18 | EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIA DE MATRICIAMENTO POR UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....300

Taynara Praisner, Priscila Gonçalves Josepetti Santili

CAPÍTULO 19 | PRODUÇÃO AGRÍCOLA, COMUNICAÇÃO E SAÚDE: NARRATIVAS SOBRE AGROECOLOGIA E AGRONEGÓCIO322

Yasmine Carvalhal de Saboya Ribeiro, Lenir Nascimento da Silva

CAPÍTULO 20 | MANUAL DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM UMA ESCOLA DO INTERIOR DO TOCANTINS.....338

Rosa Paula da Cunha

CAPÍTULO 21 | A OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO RIO DE JANEIRO351

Hannah Carolina Tavares Domingos, Fernanda Elizabeth Sena Barbosa, Islândia Maria Carvalho de Sousa

SOBRE OS ORGANIZADORES.....373

SOBRE OS AUTORES377

APRESENTAÇÃO

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) há mais de sessenta anos tem como missão formar profissionais para o sistema nacional de saúde. Ao longo de todo esse tempo, foram oferecidos diversos cursos de especialização e residências sobre vários temas de interesse para a Saúde Coletiva. Os cursos de especialização mais tradicionais são das mais diferentes áreas da Saúde Pública como por exemplo a Vigilância, a Atenção, e a Gestão em Saúde. Os especialistas formados estão inseridos em diferentes segmentos do diferentes segmentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, seguramente, em todos os estados brasileiros. Os alunos durante seus cursos recebem orientação de docente com expertise no tema de interesse para apresentar seus trabalhos de conclusão a uma banca qualificada para avaliação.

Ao longo dos anos, temos identificado trabalhos muito interessantes. A produção no âmbito do *Lato Sensu* tem se caracterizado por uma feliz integração entre o conhecimento acadêmico e a experiência de diferentes atores da prática, trazendo possibilidades de novas formas de análise e de enfrentamento de problemas do cotidiano.

Apesar dessa potencialidade identificada, a produção acadêmica relacionada aos cursos, embora traga imensa riqueza de temas contemporâneos, com abordagens e linguagens inovadoras, não se adequa às exigências editoriais da maior parte das revistas da área. Essa dificuldade em dar publicidade a esses trabalhos de forma mais organizada dificulta o acesso, reduz os debates e as reflexões acerca de questões relevantes e desestimula alunos e orientadores.

Ao propor a publicação de uma série de livros, compostos por uma coletânea de textos escritos por diferentes colaboradores, resultados de trabalhos de conclusão dos cursos de *Lato Sensu* e da ENSP, esperamos abrir um espaço que ajude a ampliar os debates e ainda que contribua com a valorização do ensino *Lato Sensu* não apenas na ENSP, mas nas diferentes instituições que se dedicam a tal tarefa.

Para organizar os três volumes que compõem essa série, os manuscritos enviados após chamada aberta foram analisados por docentes da ENSP, observando aspectos relacionados ao caráter inovador do manuscrito, a reprodutibilidade do estudo em contextos similares, clareza e objetividade na escrita, alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS e, principalmente, se os resultados são relevantes e podem contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde. Ao final do processo foram selecionados 56 textos que agora são apresentados em 3 volumes. Os livros estão compostos por grupos de temas que são abordados através de prismas distintos, são análises, reflexões e experiências trazidas por nossos alunos e seus orientadores.

No primeiro volume estão agrupados 19 textos que tratam de vários aspectos relativos à saúde mental, à saúde do trabalhador e às violências, por vezes abordando de forma articulada esses três temas. São textos que trazem o olhar sobre: a saúde nas prisões; a participação da sociedade e das equipes de atenção na organização dos serviços; e sobre a violência de gênero e que faz sofrer adolescentes. São trabalhos que miram a realidade vivida e produzida cotidianamente, mas que trazem perspectivas de mudança e de superação.

O segundo volume agrega 17 trabalhos que versam sobre a organização dos serviços de saúde, o uso de ferramentas para o planejamento e para a gestão, sobre questões que afetam grupos específicos e apresentam o debate sobre questões raciais que emergem no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Por fim, no terceiro volume estão reunidos 20 trabalhos que tratam do amplo universo das atividades, tecnologias e estratégias voltadas para formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde, de modo a apoiar sua atuação cotidiana e para fortalecer vínculos no âmbito da atenção à saúde.

Acreditamos que a partir da maior visibilidade desses trabalhos será possível estimular os debates, qualificar e inovar no ensino *Lato Sensu* e sua produção. Esperamos também que inspirem e contribuam para o fortalecimento e aprimoramento do sistema nacional de saúde em seus diferentes segmentos e áreas de atuação, trazendo abordagens inovadoras e efetivas.

Os Organizadores

CAPÍTULO

1

PRÁTICA DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESCOLA COMO CONTRIBUIÇÃO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ana Valéria Melo de Almeida*

Natália Martins Laurino**

Gilson Jácome dos Reis***

Introdução

As mudanças econômicas, demográficas, ambientais, culturais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas estão associadas a alterações nutricionais na população brasileira, que precisou se posicionar em uma era de modernidade, facilidade e rapidez. Tais processos são característicos de um fenômeno denominado transição nutricional, em que modificações na estrutura da dieta da população levam a um aumento significativo do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, o que, associado a um estilo de vida sedentário, resulta no aumento de indivíduos com excesso de peso e susceptíveis a doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)¹.

A transição demográfica, epidemiológica e nutricional, observada nas últimas décadas, estão associadas ao aumento de incidência de doenças crônicas não transmissíveis em todas as faixas etárias e grupos sociais². O conjunto das DCNTs consiste em grupo de causas com elevada magnitude na mortalidade, superando a mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias

* Especialista em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. anavaleriamelo21@gmail.com

** Residente em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva Instituição Educacional no Rio de Janeiro (IESC) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nmartinsnut@gmail.com

*** Doutor em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gilson_jacome@yahoo.com.br

e as neoplasias. As DCNTs com maiores impactos na morbimortalidade incluem o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, as doenças cardiovasculares, destacando-se as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares³.

A má alimentação e o consumo de alimentos industrializados contendo grandes quantidades de gorduras, sódio e açúcares, além de pouco nutritivos, são fatores preocupantes relacionados à saúde da população brasileira, principalmente entre crianças e adolescentes. Assim, estimular a oferta de diferentes tipos de alimentos e diversificar a forma de preparo de um mesmo alimento (explorando sabores, aromas e texturas) é de grande importância na formação de hábitos alimentares saudáveis nesta fase. É nesse período em que se desenvolvem importantes hábitos, gostos, comportamentos e, principalmente, preferências alimentares, as quais podem interferir na saúde na fase adulta.

Entre crianças e adolescentes, o diabetes tipo II gerou aviso em nível mundial pela possibilidade de aumento da prevalência, que acompanha a ampliação dos fatores de risco para sobrepeso e obesidade, sedentarismo e alimentação não saudável. Ademais, hoje sabemos que há fortes evidências entre as comorbidades citadas e o agravamento da covid-19 pelas pessoas infectadas. No Brasil, houve um aumento da prevalência de obesidade de 5,7% para 12,2% de pessoas entre 18 e 24 anos e de 12,2% para 20,8% entre 25 e 34 anos no período de 2010 a 2021, de acordo com dados do Vigitel. Conforme os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), o excesso de peso alcançou a prevalência de 23,7% nos adolescentes escolares de 13 a 17 anos em 2015. Manter práticas inadequadas para a saúde, desde a juventude, aumenta a possibilidade desses hábitos continuarem na vida adulta, conseqüentemente, a morbimortalidade por diabetes pode aumentar nos próximos anos⁴.

Há evidências de que a obesidade é um fator de risco relevante para hospitalização e óbito em pacientes acometidos pela covid-19. Além disso, no que diz respeito aos desfechos intermediários, a probabilidade de utilização da ventilação mecânica é maior em obesos, assim como a ocorrência de tromboembolismo e necessidade de diálise⁵. A associação entre obesidade,

doença cardiovascular e distúrbios metabólicos da infecção envolve mecanismos em que as sequelas imunológicas decorrentes da obesidade funcionam como fator que predispõe aos desfechos desfavoráveis na infecção por covid-19⁶.

Os fatores citados preocupam as instituições de saúde, que propõem políticas voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis como, por exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que pode ser considerado uma das políticas públicas mais exitosas do país. O PNAE é uma política de Estado que atende aproximadamente 40 milhões de escolares em todo o país. Tem como objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos estudantes, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que atendam às necessidades nutricionais durante o período letivo⁸.

A alimentação saudável é um direito humano básico, que deve atender às necessidades orgânicas dos indivíduos tanto em relação aos nutrientes quanto em relação ao acesso permanente e regular; do ponto de vista físico e financeiro; harmonia em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer. Para tanto, o ato de alimentar-se envolve valores, culturas, como também aspectos sensoriais, afetivos e sociais⁷ que ditam significativamente aquilo que o indivíduo come e, conseqüentemente, sobre a sua saúde a curto e a longo prazo.

Um dos pontos mais importantes do PNAE é a valorização de práticas de agricultura local por meio da compra de alimentos da agricultura familiar. Além de promover benefícios para os educandos, que ingerem alimentos de qualidade e podem ter acesso à informação de onde vem o que se consome em âmbito escolar, sendo esses alimentos essencialmente *in natura* ou minimamente processados, o programa também institui regras e limites ao consumo de alimentos processados e ultraprocessados, como refrigerantes, embutidos, entre outros⁷.

No final dos anos 2000, pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens) iniciaram um movimento

que apontava para as mudanças no processamento industrial de alimentos como o principal motor da pandemia da obesidade. Com isso, foi elaborada uma categorização de alimentos (NOVA), que os contempla pelo tipo de processamento empregado na produção antes de serem adquiridos ou consumidos. Abarcados em 4 categorias – alimentos *in natura* ou minimamente processados; ingredientes culinários processados; alimentos processados; alimentos e bebidas ultraprocessados – assumem que a extensão e o propósito desse processamento determinam não apenas seus nutrientes, mas outros atributos com potencial de influenciar o risco de obesidade e de várias outras doenças relacionadas à alimentação.

Com isso, a Classificação NOVA deu fundamento científico e embasou as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (2016), o que fez com que a classificação tivesse impacto direto em políticas públicas de nutrição e saúde no Brasil.

Os alimentos *in natura* são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza. Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original⁷. São exemplos de alimentos dessa categoria: legumes, verduras, frutas, arroz (branco, integral ou parboilizado), oleaginosas, farinhas, carnes vermelhas e brancas (frescas, resfriadas ou congeladas), leite, feijões, entre outros⁷.

Ingredientes culinários processados são substâncias extraídas de alimentos do primeiro grupo por procedimentos físicos como prensagem, centrifugação e concentração. Quando baseamos a alimentação em opções *in natura* ou minimamente processadas, é frequente a necessidade de cozinhar e temperar os alimentos. É o caso, por exemplo, do azeite obtido de azeitonas, da manteiga obtida do leite e do açúcar obtido da cana ou da beterraba. Esses ingredientes são essenciais para preparar alimentos do primeiro

grupo em receitas e refeições. Quando usados em pequenas quantidades, são perfeitamente compatíveis com uma alimentação nutricionalmente equilibrada e saudável⁷.

Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal, açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados. São alguns exemplos: ervilhas, palmito, cebola, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre⁷.

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). São exemplos: biscoitos, refrigerantes, bebidas lácteas, salgadinhos de pacote, doces e chocolates, *nuggets*, salsichas, hambúrgueres e outros produtos de carne reconstituída, barras de “cereal”, sorvetes, balas, margarinas e outros substitutos de manteiga, pizzas pré-preparadas, macarrão instantâneo e muitos outros⁷.

Educação alimentar nas escolas

Nesse contexto de mudanças associadas ao processo de transição nutricional, a escola configura-se enquanto um equipamento fundamental na promoção de uma alimentação adequada e saudável. Um local de difusão de conhecimentos acerca da alimentação e sua associação com a saúde e o bem-estar, tendo como um dos protagonistas o professor, profissional fundamental na disseminação de informações básicas sobre saúde e na possibilidade de construção e adoção de hábitos saudáveis². Por esta razão, a implantação da

educação alimentar e nutricional na grade curricular, se torna considerável na conscientização dos educandos quanto à forma adequada de selecionar alimentos saudáveis e nutritivos, bem como repassar o conhecimento adquirido na escola para seus familiares ou mesmo na comunidade na qual vive. Logo, é de grande relevância e efetividade que os setores sociais promovam ações intersetoriais de saúde voltadas à alimentação no ambiente escolar⁹.

Os gestores escolares devem ter maior cuidado em criar condições para uma alimentação saudável, tendo em vista que a educação alimentar e nutricional seja realizada de maneira gradativa, prazerosa e confortável, enfatizando aos educandos que a prática é benéfica no decorrer de sua vida¹⁰.

Da mesma forma, a possibilidade do uso de uma base tecnológica para a Educação em Saúde requer uma apropriação coletiva de técnicas em decisões tomadas pelas escolas. Essa perspectiva acrescenta outras possibilidades à forma de pensar a usual abordagem das tecnologias digitais de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem – considerando as possibilidades de mediação da tecnologia nesse processo para abordagem dos conteúdos educacionais – condicionados às características dos ambientes e contextos específicos das escolas¹¹.

Na busca por enfrentar a complexidade do problema da alimentação saudável, adota-se uma perspectiva interdisciplinar, utilizando-se aportes teóricos do campo da saúde, educação e das tecnologias. Com isso, foi proposto um projeto de intervenção pedagógica voltado o ambiente escolar, utilizando tecnologias digitais para a promoção da saúde, tendo como situação-problema a falta de um eixo sobre educação alimentar e nutricional no curso técnico em Análises Clínicas da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSMMR).

Objetivos

O objetivo deste projeto foi promover a perspectiva de uma alimentação saudável, no espaço da escola, tendo as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) enquanto elemento facilitador da construção do

conhecimento dos estudantes sobre a relação entre a alimentação e prevenção de doenças. Além disso, foi sugerido a adoção de um módulo específico sobre educação alimentar e nutricional no Curso Técnico em Análises Clínicas como forma de contribuir significativamente na prevenção de DCNTs a longo prazo na vivência do educando. Enquanto metas parciais, pretendeu-se viabilizar a prática da boa alimentação dos estudantes e suas famílias, reduzir, conscientemente, o consumo de frituras e alimentos ultraprocessados dentro e fora da escola e assegurar as informações sobre alimentação saudável desde a adolescência.

Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção voltado para a educação alimentar e nutricional. Foi implementado em ambiente escolar na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (ETSMMR), localizado na cidade de Rio Branco, no Acre, no ano de 2018, com a devida autorização dos gestores escolares.

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha é um dos Centros de Educação Profissional e Tecnológico (CEPTs) vinculado ao Instituto Dom Moacyr, que utiliza de espaços didáticos de escolas estaduais da rede regular de ensino, dispostas em diversos bairros da capital e municípios, para promover cursos técnicos profissionalizantes voltados para a área da saúde, a qual dispõe de sede administrativa situada na Rodovia BR 364, Km 2, s/n - Distrito Industrial.

Na referida escola são oferecidos os seguintes cursos técnicos: Nutrição e Dietética, Agente Comunitário de Saúde, Alimentação Escolar, Análises Clínicas, Enfermagem, Radiologia, Imobilizações Ortopédicas e Vigilância em Saúde, além de cursos de Formação Inicial e Continuada (cursos de curta duração) como Auxiliar em Saúde Bucal e aperfeiçoamentos oferecidos na área de Obstetrícia e Neonatologia. Em 2018, atendia cerca de 1.200 educandos, residentes dos 22 municípios do estado. A escola conta com profissionais com distintas formações da área da saúde e da educação.

A execução do projeto foi realizada pela autora na turma do Curso Técnico em Análises Clínicas, no turno vespertino, com estudantes na faixa etária de 16 a 19 anos que estavam alocados na Escola Estadual Lourival Pinho,

situada no bairro 15. Nessa região, situam-se educandos em sua maior parte de baixa renda e com alto índice de desemprego nas famílias, além de grande número de integrantes nos grupos familiares. Essa turma, com 37 educandos, fazia parte do programa MEDIOTECH, que faz o curso técnico simultaneamente com o Ensino Médio, iniciado na segunda metade do ano 2017.

O projeto foi adequado de acordo com as condições dadas: a escola passava por reforma, portanto, a carga horária para implementar a temática referente à educação alimentar e nutricional foi reduzida e havia falta de alguns equipamentos, como o retroprojetor.

Foi realizada uma seleção de conteúdo do Guia Alimentar do Ministério da Saúde (2014), destacando aspectos considerados importantes (Figura 1), com o objetivo de apresentá-los de forma prática, rápida e eficaz no espaço de aprendizagem. A seguir, foi realizada uma leitura prévia do material informativo e sugerido que o folheto fosse usado como guia de bolso.

Foi utilizado como fonte de informações o Guia Alimentar para a População Brasileira, sendo elaborado um pôster contendo um resumo de parte do Guia Alimentar que interessasse ao projeto. Além disso, foi definido que os estudantes baixassem o aplicativo Desrotulando®, em seus respectivos aparelhos celulares e fizessem o cadastro. O aplicativo oferece informações relevantes, incluindo a composição nutricional, os pontos positivos, negativos e alertas dos produtos presentes em seus rótulos, e estabelece uma pontuação para os alimentos. O aplicativo avalia a pontuação dos alimentos a partir de uma escala de cores, onde: 0-29 (vermelho), 30-49 laranja, 50-69 (amarelo), 70-89 (verde claro) e 90-100 (verde escuro); sua leitura é feita da nota mais baixa (pior), pela cor vermelha à nota mais alta (melhor), pela cor verde-escuro. A consulta se dá pelo código de barras.

Foi distribuída uma folha em branco para que os educandos registrassem os alimentos consumidos no dia da execução do projeto, como forma de iniciar a discussão sobre o tema da alimentação.

Figura 1. Fôlder distribuído em sala

ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS

O que são?

Alimentos in natura são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza. Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos in natura que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.

Exemplos:

Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos. Arroz branco, integral ou parboilizado. Miho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais. Feijão, lentilhas, grão de bico, frutas secas, castanhas, nozes, amêndoas e outras oleaginosas com sal ou açúcar. Carnes de gado e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados. Ovos e entre outros.

ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR

O que são?

São produtos extraídos de alimentos in natura ou da natureza por processos como prensagem, moagem, titulação, pulverização e refino. São usados nas cozinhas das casas e em restaurantes para temperar e cozinhar alimentos e para criar preparações culinárias variadas e saborosas, incluindo caldos e sopas, saladas, tortas, pâes, bolos, doces e conservas.

Exemplos:

Óleos de soja, de milho, de girassol ou de oliva, manteiga, farinha de milho, gordura de coco, açúcar de mesa branco, demerara ou mascavo, sal de cozinha refinado ou grosso.

ALIMENTOS PROCESSADOS

O que são?

Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e mais

Feijões, assim como todas as demais leguminosas, são fontes de proteína, fibras, vitaminas do complexo B e minerais, como ferro, zinco e cálcio. O alto teor de fibras e a quantidade moderada de carboidratos por grama conferem a esses alimentos alto poder de saciedade, que evita que se coma mais do que o necessário.

Grupo dos cereais

Este grupo abrange arroz, milho (incluindo grãos e farinha) e trigo (incluindo grãos, farinha, macarrão e pâes), além de outros cereais, como a aveia e o centeio.

Grupo das raízes e tubérculos

Este grupo inclui a mandioca, também conhecida como macaxeira ou aipim, batata ou batata inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha, cará e inhame.

Raízes e tubérculos são fontes de carboidratos e fibras e, no caso de algumas variedades, também de minerais e vitaminas, como o potássio e as vitaminas A e C.

Grupo dos legumes e das verduras

A diversidade de legumes e verduras é imensa no Brasil: alface ou jirimum, alface, beterraba, brócolis, couve, cenoura, chicória, pepino, pimentão, quabo, repolho, tomate e entre outros.

Legumes e verduras são alimentos muito saudáveis. São excelentes fontes de várias vitaminas e minerais e, portanto, muito importantes para a prevenção de deficiências de micronutrientes. Além de serem fontes de fibras, fornecem, de modo geral, muitos nutrientes em uma quantidade relativamente pequena de calorias.

Grupo das frutas

O Brasil possui enorme variedade de frutas: abacaxi, abacaxi, açai, acerola, ameixa, banana, cacau, cajá, carambola, fruta-pão, goiaba, graviola e entre outros. Elas podem ser consumidas frescas ou secas (desidratadas).

Assim como legumes e verduras, as frutas são alimentos muito saudáveis. São excelentes fontes de fibras, de vitaminas e minerais e de vários compostos que contribuem para a prevenção de muitas doenças.

Grupo das castanhas e nozes

agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. São usualmente consumidos como parte ou acompanhamento de preparações culinárias feitas com base em alimentos minimamente processados.

Exemplos:

Cenoura, pepino, ervilhas, milho, couve, couve-flor preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas, carne seca e flocinho; sardinha e atum enlatados, queijos, e pâes feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.

ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

O que são?

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias estranhas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor) e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes. Técnicas de manufatura incluem extração, moagem e pré-processamento por fritura ou cozimento.

Exemplos:

Vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e grossinhas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, doces e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos "instantâneos", molhos, salgadinhos "de pacote", refrigerantes e refrigerantes, iogurtes e bebidas ácidas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salchichas e outros embutidos, pâes de forma, pâes para hambúrguer ou hot dog, pâes doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.



Grupo dos feijões

Este grupo inclui vários tipos de feijão e outros alimentos do grupo das leguminosas, como ervilhas, lentilhas e grão-de-bico. Há muitas variedades de feijão no Brasil: preto, branco, mulatinho, carioca, fradinho, feijão lava, feijão-de-corda, entre muitos outros.

Este grupo de alimentos inclui vários tipos de castanhas (de caju, de buri, do-brasil ou do-pará) e nozes, e também, amêndoas e amendoim.

Todos os alimentos que integram este grupo são ricos em minerais, vitaminas, fibras e gorduras saudáveis (gorduras insaturadas) e, como frutas e legumes e verduras, contêm compostos antioxidantes que previnem várias doenças.

Grupo do leite e queijos

Este grupo inclui alimentos minimamente processados, como leite de vaca, coalhadas e iogurtes naturais; e alimentos processados, como queijos.

Leite, iogurtes naturais e queijos são ricos em proteínas, em algumas vitaminas (em especial, a vitamina A) e cálcio. Porém são ricos em gorduras saturadas na forma integral e podem ser substituídos por versões sem gordura ou com menos gordura (desnatadas ou semidesnatadas). Já o queijo possui alta concentração de sódio (devido à adição de sal). Por isso, devem ser consumidos sempre em pequenas quantidades.

Grupo das carnes e ovos

Este grupo inclui carnes de gado, porco, caprino e cordeiro (as chamadas carnes vermelhas), carnes de aves e de pescados e ovos de galinha e de outras aves. São ricos em proteína e em vitaminas e minerais.

Referência bibliográfica

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira (2ª) 158. Disponível em: https://rivmna.saude.gov.br/rivmna/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf



Fonte: elaborada pelos autores.

Resultados

Durante a discussão sobre alimentos *in natura*, minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e ultraprocessados, constatou-se que a maior parte da turma tinha pouco conhecimento sobre o tema. Os termos utilizados eram desconhecidos e os hábitos alimentares foram considerados não saudáveis. Da mesma forma, também foi apresentada a temática das DCNTs, momento em que foi explicado aos educandos as possíveis associações dessas com uma alimentação baseada em alimentos não saudáveis, principalmente o consumo de ultraprocessados. Os educandos foram assíduos com a prática proposta de acordo com a realidade vivenciada em seu cotidiano.

Durante a leitura compartilhada do resumo do Guia Alimentar para a População Brasileira os alunos ficaram curiosos e demonstraram bastante interesse quanto às informações de alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados, visto que desconheciam essa diferenciação, bem como os alimentos que fazem parte de cada categoria.

A utilização do aplicativo Desrotulando® (Figura 2) ocorreu a fim de avaliar a sua classificação de acordo com o tipo de ingredientes presentes nos produtos, assim como o processamento, as quantidades de sal, óleos, açúcares, fibras alimentares e vitaminas. Dessa forma, foi possível tentar distinguir os alimentos de acordo com a classificação apresentada no folheto.

Durante a leitura do código de barras de um leite “UHT semidesnatado zero lactose” verificou-se a ausência de açúcares e gorduras trans, porém continha aditivos (trifosfato de sódio, citrato de sódio, monofosfato de sódio e difosfato de sódio) e sódio a nível moderado (120,0 mg). O alimento obteve nota alta, 89 pontos, e foi classificado positivamente com a cor verde-claro.

Na consulta do macarrão instantâneo de 85g, observou-se que continha aditivos como carbonato de sódio, carbonato de potássio, tripolifosfato de sódio, glutamato monossódico, corante caramelo IV, entre outros. O aplicativo considerou o produto com excesso de aditivos, aditivos com precaução,

ingrediente não essenciais, ingrediente composto não especificado, quantidade elevada de sódio (1410 mg) e de gorduras saturadas (7,2mg). Em razão disto, o considerou com nota baixa (7 pontos), sendo classificado com a cor vermelha.

Figura 2. Página inicial do aplicativo Desrotulando*



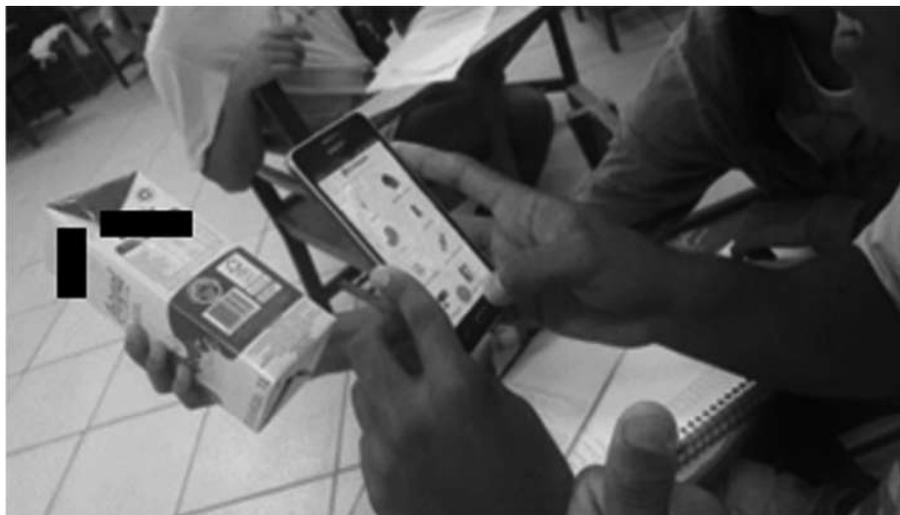
Fonte: elaborada pelos autores a partir do aplicativo Desrotulando*.

Vale lembrar que, segundo as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde, o consumo de sódio preconizado por indivíduo adulto por dia é de 2.000 mg de sódio, equivalendo a 5g de sal por dia. Diante das análises divergentes dos produtos avaliados pelo aplicativo, os quais são comuns na mesa dos indivíduos, o programa sugeriu alternativas de produtos, considerados mais saudáveis, com uma quantidade menor de aditivos.

O aplicativo não menciona, após a consulta, se o alimento é processado ou ultraprocessado. No entanto, os dados e as características exibidas fazem com que o usuário leigo ou com mínimo de conhecimento sobre os conceitos de alimentos in natura, processados e ultraprocessados apresentados previamente, associe a pontuação ou mesmo a inclusão de ingredientes e/ou aditivos contidos nesse produto alimentar, a uma classificação dos alimentos como saudável ou não para o consumo.

A Figura 3 mostra a utilização do referido aplicativo pelos estudantes, utilizando-se o código de barras para realizarem consultas sobre as informações relevantes do ponto de vista nutricional.

Figura 3. Estudantes utilizando o aplicativo Desrotulando***



Fonte: foto produzida pelos autores.

Apesar do tempo exíguo para desenvolvimento das atividades, verificou-se que houve boa receptividade dos educandos. A atividade contou com a participação do mediador pedagógico e da coordenadora do curso que participaram das atividades e fizeram registros a partir de fotos e vídeos – tanto para este projeto, quanto para relatórios escolares.

*** Desrotulando. Aplicativo de avaliação de rótulos alimentares. Disponível em: <https://desrotulando.com/#features-icons>. Acessado em 10 out. 2023.

Conclusões e recomendações

A implantação da educação alimentar e nutricional com a utilização de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) foi satisfatória, já que os educandos absorveram o conteúdo com maior efetividade quando comparado à prática de leitura do pôster e explicação em formato de palestra. Ainda que a execução do projeto tenha sido realizada ao final do dia – quando foi observado o cansaço dos educandos – houve receptividade ao conteúdo mediado pela tecnologia.

De modo geral, os estudantes participaram ativamente pelo entusiasmo da utilização das tecnologias implantadas e, em consequência disso, aprenderam sobre a relevância de selecionar os alimentos adequadamente. Para além das observações sobre a receptividade dos estudantes no que tange ao uso de tecnologias no ensino de saúde na escola, cabe discutir os resultados à luz de outros estudos realizados nessa temática.

Em revisão sistemática cujo objetivo foi descrever a associação entre a ingestão alimentar e o engajamento a intervenções em saúde digital¹², os autores encontraram evidências mistas de associação. Em cinco estudos analisados foi encontrada associação positiva entre a intervenção e mudanças na ingestão alimentar e em sete estudos os resultados foram inconclusivos.

O uso da tecnologia por crianças e adolescentes também foi objeto de estudo em perspectiva que busca mensurar o grau de associação entre o tempo de tela e os hábitos alimentares e/ou práticas de atividade física. Em estudo conduzido na Polônia¹³, encontraram associação estatisticamente significativa entre o tempo de tela e a exposição às telas durante as refeições, além da relação entre o tempo de tela e o tempo gasto em atividades físicas. Concluiu-se que a exposição às telas durante as refeições é um fator de risco para a obesidade. Em estudo conduzido em Niterói, no estado do Rio de Janeiro¹⁴, não se observou associação entre tempo de tela e mudanças na ingestão alimentar.

Em estudo de revisão acerca das experiências do uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) na área da Nutrição¹⁵,

observou-se a difusão expressiva de tais tecnologias, sobretudo enquanto ferramentas de registro e informação em saúde, Educação em Saúde e como apoio a tomada de decisões clínicas. Enfatizam-se as limitações na utilização das TDICs, principalmente no que diz respeito ao acesso, motivação e aptidão para o manuseio, bem como os custos de sua execução.

Nessa perspectiva – que considera a complexidade do problema da alimentação saudável no contexto da sociedade capitalista pós-moderna – é fundamental o embasamento teórico interdisciplinar, contemplando as diversas dimensões do problema e das possíveis soluções. Três eixos teóricos se destacam: saúde coletiva, educação e tecnologias digitais. Por meio do aprofundamento conceitual desses três eixos foi possível elaborar o projeto de intervenção pautado pelo enfrentamento da complexidade do problema da alimentação.

O uso das TDICs como ferramenta de Educação em Saúde, em particular a educação alimentar e nutricional em escolas, pode ser mais efetivo do que métodos educacionais que não usam tecnologias. Obviamente, a tecnologia não pode ser encarada como solução mágica. Sua utilização deve estar no contexto de um projeto pedagógico cuja premissa é a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

As tecnologias podem ser úteis para a prevenção de doenças e promoção da saúde, mas também podem se configurar enquanto fatores de risco. Nesse sentido, o desejável é que sejam afastadas perspectivas pautadas pela tecnofilia – que entende a tecnologia enquanto uma solução instantânea para os problemas – e pela tecnofobia, que aponta para uma visão exclusivamente negativa das tecnologias no contexto da saúde nas escolas. A questão central é pensar o uso e o sentido da tecnologia, em uma abordagem mais abrangente sobre saúde e estilos de vida.

Recomenda-se que novos estudos e projetos de intervenção sigam esse caminho que considera e enfrenta a complexidade dos problemas relacionados à alimentação saudável e não saudável, assim como sua associação com DCNTs. Dessa forma, em consonância ao que é proposto pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar, os alunos de diferentes escolas terão a oportunidade

de se apropriar da temática, assim como do alimento que consomem, entendendo a diferença entre alimentos mais adequados e saudáveis e os menos saudáveis. Essa percepção tende a fortalecer o programa, pois incita a uma retroalimentação positiva, em que quanto mais os educandos tomam ciência do que é e de onde vem a comida em seus pratos, mais ativos, críticos e autônomos se tornam no processo de escolhas de seus alimentos.

Como limitações do estudo, pode-se citar que não foi possível mensurar resultados concretos quanto à mudança de hábitos alimentares saudáveis no ambiente escolar e fora deste. Assim, há necessidade de mais estudos com esse tema nesta ou em outras escolas em que possa ser acompanhado o desenvolvimento da promoção e estímulo a uma alimentação saudável a fim de prevenir DCNTs.

Enfatiza-se que a educação alimentar e nutricional não se trata de tarefa exclusiva do setor da educação, sendo fundamental o engajamento e integração de iniciativas intersetoriais envolvendo outros dispositivos, assim como as secretarias de saúde municipal e estadual. Além disso, incentivos à utilização de tecnologias digitais são importantes no sentido de contribuir para o aprendizado do tema.

Esse trabalho é uma adaptação do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Tecnologias Educacionais para Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizado em 2018, sob coordenação das professoras Elomar Barilli e Rosely Magalhães de Oliveira.

Referências

1. Barros DM, Silva APF, Moura DF, Barros MVC, Pereira ABS, Melo MA, et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não. *Braz J Dev.* 2021;7(7):74647-64.
2. Ianiski VB, Bocorni D, Franz LBB, Busnello MB. Ações educativas na promoção de hábitos saudáveis com escolares: um relato de experiência. *Rev Contexto & Saúde.* 2015;15(29):91-96.
3. Costa GG, Dias LG, Borghetti CBG, Fortes RC. Efeitos da educação nutricional em pré-escolares: uma revisão de literatura. *Comun Ciênc Saúde.* 2013;24(2):156-68.
4. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2022;53(45).

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no45/view>. Acessado em 27 dez 2022.

5. Hendren NS, Lemos JA, Ayers C, Das SR, Rao A, Carter S, et al. Association of Body Mass Index and Age With Morbidity and Mortality in Patients Hospitalized With COVID-19: Results From the American Heart Association COVID-19 Cardiovascular Disease Registry. *Circulation*. 2021;143(2):135-44.
6. Kuperberg SJ, Navetta-Modrov B. The Role of Obesity in the Immunopathogenesis of COVID-19 Respiratory Disease and Critical Illness. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2021;65(1):13-21.
7. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acessado em 28 jan 2024.
8. Presidência da República. Lei nº 11947 de 16 de Junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11947.htm. Acesso em 18 jan 2023.
9. Ministério da Educação. Histórico - Portal do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. [Internet]. Brasília: Portal do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/pnae/pnae-sobre-o-programa/pnae-historico>. Acessado em 18 jan 2023.
10. Silva DCA, Frazão IS, Osório MM, Vasconcelos MGL. Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:3299-308.
11. Oliveira JDD. Alimentação saudável no contexto escolar: elaboração e implantação de um projeto de intervenção em uma escola municipal de Dom Cavati - Minas Gerais [monografia]. Ipatinga: Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família; 2015.
12. Cavalcante MTL, Vasconcelos MM. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Jun;12(3):611-22.
13. Delaney T, McLaughlin M, Hall A, Yoong SL, Brown A, O'Brien K, et al. Associations between Digital Health Intervention Engagement and Dietary Intake: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021;13(9):3281.
14. Rodrigues RRM, de Souza BSN, Cunha DB, Estima CCP, Sichieri R, Yokoo EM. Association between screen time and the variation of food intake markers among school-aged adolescents in Niterói/RJ, Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. 2020;28(1):24-33.
15. Curioni CC, Brito F dos SB, Boccolini CS. O uso de tecnologias de informação e comunicação na área da nutrição. *J Bras TeleSaúde*. 2013;2(3):51-9.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Aracely Gomes Pessanha**
Valeria Tereza Saraiva Lino*

Introdução

A transição demográfica é um resultado, principalmente, da redução das taxas de mortalidade e da queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população. Conforme Miranda¹, as projeções indicam que em 2050 a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, ou seja, provavelmente a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, Estados Unidos e Indonésia.

De acordo com a demógrafa Ana Amélia Camarano², a análise da dinâmica populacional brasileira permite afirmar que o país vivencia um novo paradigma demográfico: a população envelhece rápido e diferenciadamente. Esse processo vem ocasionando transformações profundas nas esferas econômica, social e política, nos sistemas de valores e nos arranjos familiares. Exige-se um repensar sobre as políticas públicas.

Além disso, com o crescimento acentuado da população muito idosa, em especial do grupo dos octogenários, nonagenários e centenários – que é mais exposto às fragilidades típicas da idade –, há um aumento da demanda por cuidados. A essas novas características demográficas, associam-

* * Especialista em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aracely.pessanha@gmail.com

** Médica geriatra, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Coordenadora do curso de Especialização em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. valeriaslino@gmail.com

se os novos estilos de vida e a exposição mais intensa aos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), resultando em um novo perfil de morbimortalidade, com a diminuição da ocorrência de doenças infectocontagiosas e o aumento expressivo das DCNT, que passam a ocupar um lugar central na vigilância epidemiológica brasileira³.

Tais condições como diabetes, doenças cardiovasculares, demências e câncer, necessitam de cuidados contínuos e progressivos, com amplo acesso aos cuidados paliativos. Conforme Andrade⁴, o cuidado paliativo é um direito humano básico e um componente essencial da abrangência de cuidados integrados ao longo da vida. “É um acompanhamento centrado na pessoa e nos seus familiares durante o curso da doença, inclusive no final da vida, quando prioriza o bem-estar e a qualidade de vida”⁴. Pode ser prestado na Atenção Primária, nos hospitais, nas instituições de longa permanência e em domicílio. Neste trabalho destacamos a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como sendo o primeiro nível de contato dos usuários, da família e da comunidade com a equipe de saúde.

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. A concepção de APS expressa na PNAB de 2006 é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988, norteador da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê a oferta e a organização de ações e serviços na perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com papel privilegiado na organização de práticas com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde.

Os cuidados paliativos e a APS são inseparáveis. De acordo com a World Health Organization (WHO)⁵, tanto a APS, como os cuidados paliativos, beneficiam-se da participação da sociedade civil e da comunidade na formulação de políticas e responsabilização para o sistema ser universalmente acessível e cientificamente sólido. Além disso, tem em comum a continuidade do cuidado, o respeito aos valores do paciente e a atenção às famílias.

Conforme Pastrana⁶, alguns países latino-americanos apresentam equipes de cuidados paliativos na Atenção Primária, destacando-se o Chile, Brasil, México e Uruguai, como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 1. Cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária

PAÍS*	EQUIPOS DE PRIMER NIVEL**	
	Total	Tasa por millón de habitantes
Argentina	46	1,03
Bolivia	11	0,98
Brasil	123	0,58
Chile	231	12,69
Colombia	38	0,77
Costa Rica	70	14,13
Ecuador	35	2,08
El Salvador	2	0,31
Guatemala	4	0,23
Honduras	5	0,53
México	79	0,60
Panamá	45	10,81
Paraguay	20	2,90
Perú	8	0,25
Rep. Dominicana	9	0,83
Uruguay	76	21,90
Venezuela	27	0,83

* No se recibieron datos de Cuba y Nicaragua.

** Incluye equipos exclusivos y mixtos que prestan atención extrahospitalaria.

Fonte: Pastrana⁶.

O crescimento dos cuidados paliativos em países latino-americanos é importante para gestores do sistema de saúde, que poderão utilizar as práticas exitosas para contribuir para melhor desenvolver suas práticas.

Os cuidados paliativos têm sua origem no Movimento Hospice, criado por Cicely Saunders e colaboradores, que foram responsáveis pela disseminação dessa filosofia do cuidar em nível mundial, a qual contém dois elementos essenciais. O primeiro refere-se ao controle da dor e de outros sintomas decorrentes do tratamento em fase avançada de doença, o segundo diz respeito aos cuidados que envolvem a dimensão psicológica, social e espiritual dos pacientes e de sua família⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que estejam lidando com uma doença que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual⁸.

A OMS também define os nove princípios que regem os cuidados paliativos. São eles:

“1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; 2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3. Não acelerar nem adiar a morte; 4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6. Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7. Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes, seus familiares incluindo acompanhamento no luto; 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9. Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes”⁹.

Vale destacar que com o avanço da doença e a dependência de cuidados, a família é exigida a se reorganizar em sua rotina e, muitas vezes, a mudar de papel nas relações familiares. Aspectos como duração dos cuidados, idade, sexo, grau de parentesco, nível de escolaridade e condições socioeconômicas, são consideradas preditoras de estresse nos cuidadores e, conseqüentemente, na continuidade e qualidade do cuidado prestado, o que pode tornar o cuidador um sujeito que também requer cuidados¹⁰.

No que se refere ao cuidado ao idoso dependente, com incapacidades físicas e cognitivas, a autora Neri¹¹ destaca como principais dificuldades relacionadas ao cuidado o ônus físico e financeiro que se agrava com a evolução da doença; orientações insuficientes prestadas ao cuidador; poucos recursos sociais de apoio; vínculos familiares desgastados ao longo da vida; e

falta de reconhecimento pelos demais integrantes da família quanto ao papel desempenhado pelo cuidador principal, muitas vezes, o único a se responsabilizar pelos cuidados, sem suporte ou com apoio superficial e esporádico.

Além do cuidado familiar (informal), salientamos a importância do suporte social formal oferecido por instituições de saúde e de assistência social para o cuidado. Como, por exemplo, podemos citar o Centro Dia e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Lopes¹² nos traz uma importante contribuição ao afirmar que as equipes de saúde inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão em sofrimento frente a casos complexos que envolvam a operação intensiva de tecnologias leves, caixa de ferramentas que nossa formação brasileira em saúde ainda busca proporcionar formas novas. Em relação aos gestores, que também estão com suas caixas por vezes esvaziadas, há dificuldades para construir processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) para apoiar essas equipes diante de casos complexos encontrados na Atenção Básica, exigindo para sua resolução uma multiplicidade de saberes e de fazeres.

Entendemos por EPS, segundo Ceccim:¹³

[...] o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Para ocupar o lugar ativo da EPS, concordamos com Cecim¹⁴ que sinaliza que precisamos abandonar o sujeito que somos.

Assim, mais que sermos sujeitos (no sentido de assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos produzir subjetividades, a todo tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, também, portanto, trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos, deixando de ser os sujeitos que estamos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios

de ser profissional, de ser estudante e de ser “paciente”, confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento centrada e medicalizadora.

O SUS tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área da saúde, nesse sentido, destacamos como estratégia de ação para qualificar os profissionais acerca dos cuidados paliativos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹⁵, instituída por meio da Portaria GM/ MS n.º 198/2004, que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS n.º 1.996/2007, onde foram redefinidos suas ações e recursos para financiamento.

Nessa direção, o cenário para realização da pesquisa é o município de Macaé, localizado na Região Norte Fluminense. Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, a população era de 217.951 habitantes ¹⁶, distribuídos em uma extensão territorial de 1216 km², com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,764, em 2010, e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 88.863,40 em 2018, colocando Macaé como a 105ª cidade de maior PIB *per capita* do Brasil, e a 5ª do estado do Rio de Janeiro.

Em relação à saúde, conforme Lourenço e colaboradores¹⁷, a Rede de Atenção no município é composta por serviços de Atenção Primária à Saúde, além de serviços de atenção secundária e terciária. A gestão desses equipamentos é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaé, por meio de duas secretarias adjuntas: de Atenção Básica e a de Média e Alta Complexidade. A primeira responde por 33 unidades com ESF; três UBS do modelo convencional; três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dois Núcleos de Atendimento à Mulher e à Criança (NUANC); um Núcleo de Práticas Integrativas; um Polo Municipal de Oncologia; um Polo de Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas, conhecido como “Casa do Curativo”; um centro de vacinação, intitulado “Casa da Vacina”, quatro ambulatórios médicos; três centros de especialidades e quatro centros de referência, direcionados para crianças, adolescentes, idosos e diabéticos; uma equipe do Programa de Atendimento Domiciliar Terapêutico (PADT), seis programas de vigilância

em saúde e seis dispositivos de atenção psicossocial, entre eles três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma residência terapêutica. A Secretaria Adjunta de Média e Alta Complexidade é responsável por três hospitais; dois prontos-socorros; uma emergência psiquiátrica; duas unidades de pronto atendimento (UPA) e um centro de especialidades odontológicas.

No cotidiano de trabalho realizado no ambulatório para idosos, identificamos que não há ações em cuidados paliativos, ainda existe um importante desconhecimento deste conceito e uma ausência de oferta de capacitação nesta área. Isso é percebido tanto no local em que atuamos, quanto em toda Rede de Atenção à Saúde no município de Macaé. Identificamos dificuldades dos profissionais acerca do que de fato conceitua-se cuidados paliativos e como a equipe deve atuar diante dos idosos com doenças que demandam este tipo de cuidado.

Considerando que a abordagem em cuidados paliativos é pouco divulgada, data de 2005 a portaria que inclui cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica de 2011, a inclusão da medicina paliativa como área de atuação médica. Avaliamos que apesar disso, ainda identificamos um desconhecimento em relação ao seu conceito e princípios, inviabilizando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações nesta área.

Ressaltamos que os cuidados paliativos dependem, essencialmente, dos profissionais de saúde e concordamos com Ribeiro & Poles¹⁸ que, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, dos medicamentos e dos tratamentos, houve um aumento da expectativa de vida e da cura de doenças antes consideradas letais. Aliado a isso, a medicina adquiriu um aspecto mais tecnicista e biologicista, focando nas doenças e não no indivíduo como um todo, alimentando a falsa ilusão de que conseguem curar todas as doenças, vendo a morte como sinônimo de fracasso.

Concordamos com estes autores, pois identificamos que as práticas de saúde estão fortemente marcadas pelo paradigma da cura, e a inabilidade para curar é vista como uma falha da medicina. Portanto, pensamos e agimos como se a morte não fizesse parte da vida. Esquecemos que somos finitos, que podemos

ser curados de uma doença classificada como mortal, mas não podemos ser curados da morte. A vida não deve ser abreviada e nem prolongada e, assim como fomos cuidados para nascer, precisamos ser cuidados para morrer¹⁸.

Entretanto, alguns estudos apontam que, com a medicalização e hospitalização da morte, 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais, a maioria especificamente nas UTIs (Unidade de Tratamento Intensivo). E entre 20 a 30% das vagas dessas unidades são ocupadas por pacientes sem perspectivas de sobrevida e que passam por um longo e doloroso processo de morte, por não terem acesso aos cuidados paliativos¹⁹.

Esse cenário sinaliza para a existência de um modelo de “cuidado” no qual as tecnologias duras comandam o processo de trabalho e o imperativo de prolongar a vida a qualquer custo resulta na diminuição da qualidade de vida dessas pessoas que estão vivenciando e enfrentando a terminalidade da vida. Provoca-se um extremo desconforto desnecessário e desumano.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam qualificados para desenvolverem ações centradas na escuta aos usuários, e pautando-se no acolhimento, no vínculo/responsabilização, respeitando sua autonomia e suas necessidades singulares.

Conforme Mendes & Vasconcellos²⁰ os cuidados paliativos

[...] são cuidados intensivos de conforto e gestão do fim da vida. Contudo, deverão ser iniciados logo no diagnóstico, intensificando-se na medida da necessidade. Consistem num direito do ser humano de ser apoiado e assistido no processo de doença até a fase final da vida. Os cuidados paliativos afirmam a vida e tratam a morte como um processo normal, e não implicam apressar ou adiar a morte.

Concordamos com Mendes e Vasconcellos²⁰ que o Brasil ainda carece de maiores discussões, formação de profissionais, fomento de uma política específica e, logicamente, de uma organização onde seja preconizada a assistência em cuidados paliativos em todas as suas abrangências, ou seja, na Atenção Básica, na média e na alta complexidade. Para uma assistência efetiva em cuidados paliativos, deve-se estabelecer interlocuções das várias áreas de atenção à saúde. Na Atenção Básica, eixo estruturante do sistema de saúde, onde a formação continuada dos

agentes ganha importância fundamental, ainda não se observa contemplada no rol de suas ações uma formação específica em cuidados paliativos.

Desta forma, privilegiar o cuidado integral e a qualificação dos profissionais da rede de assistência à saúde em cuidados paliativos é uma demanda urgente, para o melhor aprimoramento do cuidado.

Objetivo Geral

- Qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde de Macaé em cuidados paliativos com os idosos.

Objetivos Específicos

- Discutir acerca do processo de trabalho dos profissionais no que se refere aos cuidados paliativos com idosos.
- Possibilitar a troca de conhecimento acerca dos cuidados paliativos entre as equipes que atuam na Atenção Básica.

Metodologia

O estudo apresentado é um projeto de intervenção. A abordagem é qualitativa, pois se preocupa com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Segundo Minayo²¹, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O local onde realizamos a pesquisa é o município de Macaé, localizado na Região Norte Fluminense. Este projeto de intervenção privilegiou os profissionais que atuam nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A participação foi livre, conforme o interesse dos profissionais, sendo divulgada programação a todos por meio das redes sociais como: grupos de WhatsApp, Instagram e site oficial da prefeitura. Realizamos contato com o coordenador das equipes de ESF no sentido de fortalecer e incentivar a participação do maior número de profissionais.

Realizamos seis encontros virtuais, sendo um semanal (toda segunda-feira) durante os meses de julho e agosto de 2022. Estes encontros aconteceram na plataforma virtual do Google Meet e tiveram duração de duas horas. Os temas abordados nos encontros foram: o conceito de cuidados paliativos e seus princípios, espiritualidade e cuidado, conceito de dor total, o processo de morte e morrer, alimentação e nutrição, a família e as demandas de cuidado. Na apresentação dos conteúdos adotamos as metodologias ativas de aprendizagem, que superam a forma de ensino tradicional de exposição oral, possibilitando que estudantes sejam sujeitos/as da aprendizagem, cidadãos/ãs participativos/as e com compreensão crítica da realidade. Concordamos com Macedo²² que tem “uma concepção crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem resultando no envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento”. Desta forma, é possível educar e produzir saberes com base na solução de problemas práticos e complexos observados na realidade dos serviços de saúde.

Para concretização da primeira etapa dos nossos encontros, divulgamos a programação via redes sociais e disponibilizamos um formulário de inscrição por meio do Google Forms. Com os e-mails dos inscritos, enviamos o link a cada dia de aula. No último encontro, realizamos uma avaliação do curso por meio do Google Forms com perguntas, como: qual a profissão, se trabalha e onde, o que motivou a inscrever-se no curso, se já possui conhecimento prévio sobre cuidados paliativos, como avalia este conhecimento, se os encontros ajudaram a entender melhor sobre o tema e como ajudou, se acha possível implantar cuidados paliativos o município, como poderia acontecer e as dificuldades como avalia os encontros, as críticas e sugestões.

Resultados alcançados

O curso contou com 220 inscritos, inclusive nos chamou a atenção a inscrição de um médico veterinário, despertando para refletir a importância acerca do cuidado aos donos dos animais de estimação diante de doenças que não apresentam cura ou da própria morte. Tivemos em média 40 participantes

no encontro, no entanto, responderam à avaliação um pouco mais da metade, correspondendo a 57% dos participantes.

Em relação à formação, tivemos a maioria, correspondendo a 39% de técnicos de enfermagem, 14% eram enfermeiros e outros 14% estudantes de escolas públicas e privadas. Estiveram presentes também outras categorias profissionais como assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo, porém em quantidade inexpressiva.

Ao perguntar sobre o espaço ocupacional, a maioria está inserida no mercado de trabalho, representando 65%. Conseguimos atingir a nossa proposta em relação ao nível de atenção, pois a maioria, 67% atuam na Atenção Primária à Saúde.

Sobre o que motivou a fazer o curso, constatamos que grande parte, representando 90%, fez o curso motivado em adquirir conhecimentos na área. Destacamos que 91% dos participantes já possuíam conhecimento prévio sobre o tema de cuidados paliativos. Solicitamos que mensurassem em uma escala de 0 a 10 o grau de conhecimento que tinham e obtivemos 77% com conhecimento de 6 a 10.

Constatamos o quanto o curso foi importante para qualificar os profissionais das Redes de Atenção à Saúde, pois foi unânime que o curso contribuiu para uma compreensão mais aprofundada sobre os cuidados paliativos. Especificamente, para 68% dos participantes o curso ajudou a conhecer e refletir sobre o tema. Para 18% dos participantes, o curso proporcionou a aprendizagem de como oferecer cuidados mais humanizados e sem sofrimento para os pacientes. A maioria, 96%, acha possível implantar práticas de cuidados paliativos no município e, 92%, relatam que será a partir de mais capacitações para os profissionais que atuam na rede de serviços de saúde. Ao apontarem quais as dificuldades para se implantar os cuidados paliativos, obtivemos de 63% dos participantes, o não entendimento do conceito de cuidados paliativos pelos profissionais.

Os encontros foram avaliados por 52% como muito bom e por 44% como excelente. Como críticas e sugestões, 19% solicitou novas ofertas de cursos em cuidados paliativos e 52% fizeram elogios.

Conclusão

Conclui-se que apesar da abordagem em cuidados paliativos ser conhecida pela maioria dos participantes, ainda é um tema que precisa ser amplamente discutido para qualificar as práticas de cuidado. Consideramos a Educação Permanente como importante ferramenta para os profissionais da saúde desenvolverem melhores práticas na Atenção Primária à Saúde.

Referências

1. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19.
2. Camarano AA, organizador. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23975. Acesso em: 12 abr. 2022.
3. Paschoal SMP. Desafios da Longevidade: qualidade de vida. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo: Loyola; 2006.
4. Andrade L, organizador. *Cuidados Paliativos e Serviço Social - um exercício de coragem*. Holambra: setembro; 2017.
5. World Health Organization. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Pastrana T, Lima L, Sánchez-Cárdenas MA, Steijn DV, Garralda E, Pons JJ, et al. *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. 2 ed. Houston: IAHPHC Press; 2020.
7. Andrade CG, Santos KFO, Costa SFG, Fernandes MGM, Lopes MEL, Souto MC. Cuidados paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;16(03):411-8.
8. World Health Organization. *Definition of palliative care*. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition>.
9. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2 ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
10. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Rev Saúde Soc*. 2006;15(3):170-9.
11. Neri AL, organizador. *Cuidar de idosos no contexto da família*. Campinas: Alínea; 2012.
12. Lopes CVA, Seixas CT, Kulpa S, Lima JVC, Baduy RS, Junior HS, et al. Alguns traços de uma cartografia na atenção básica à saúde. In: Feuerwerker M, Bertussi DC, Merhy EE,

- organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes (Livro 1). 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes-pdf/view>. Acesso em: 12 abr. 2022.
13. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Rev Interface - Comun Saúde Educ. 2005;9(16):161-77.
 14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.
 15. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 abr. 2022.
 17. Lourenço AEP, Junior HS, Souza IL, Amaral IBST, Coelho KSC, Cruz KT, et al. Trajetória da atenção à saúde em Macaé: desafios e perspectivas. In: Silva SRA, Carvalho MR, organizadores. Macaé, do caos ao conhecimento: olhares acadêmicos sobre o cenário de crise econômica. E-book. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé; 2019. Disponível em: <http://www.macaerj.gov.br/ensinosuperior/conteudo/titulo/e-book-macaer-do-caos-ao-conhecimento>. Acesso em: 02 mar. 2022.
 18. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia de saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019; 62-72.
 19. Pereira HA. A Integração dos Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva de Adultos: uma reflexão Bioética. [dissertação de mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2012.
 20. Mendes EC, Vasconcelos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde e Debate. 2015; 39(106):881-892.
 21. Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, Método e Criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
 22. Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no Ensino em saúde. Esc Anna Nery; 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XkVvYBmtbgRMLxQvkQGqQ7z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

REVITALIZAÇÃO DO LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS: ESTREITANDO OS LAÇOS ENTRE ESCOLA, SAÚDE E TECNOLOGIA

Bruna Ernandes Nascimento*

Introdução

Ao longo do Ensino Fundamental, os alunos têm contato com conteúdos de física, química e biologia por meio das aulas de ciências, como previsto na Base Nacional Comum Curricular (BNCC). O objetivo desta disciplina não é apresentar conceitos que devem ser memorizados, mas sim demonstrar para as crianças e adolescentes como estas áreas do conhecimento estão inseridas em seu cotidiano. De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), Ciências Naturais é uma das áreas em que se pode reconstruir a relação entre o ser humano e a natureza em diferentes termos, promovendo o desenvolvimento de uma consciência social e planetária¹. Ou seja, ao relacionar o que é aprendido na escola com sua vida, o aluno passa a ser crítico em suas escolhas, uma vez que possui conhecimento para embasar sua tomada de decisões.

A Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que regulamenta o sistema educacional brasileiro, destaca que a escola deve estar atrelada à preparação do indivíduo para o mundo do trabalho e para a prática da cidadania². Sendo assim, a escola possui um papel fundamental na construção do cidadão e deve ser encarada como um espaço de transformação social. Mas, como atingir este objetivo se o aluno não

* Especialista em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bru.rosinha@gmail.com

enxerga o papel da escola em sua vida? Devemos refletir sobre o porquê isto acontece com tanta frequência nas escolas brasileiras.

Provavelmente um dos fatores é a falta de conexão com o que é ensinado durante as aulas e o cotidiano do estudante. Libâneo 2002³ apresenta a perspectiva sócio-construtivista como uma possibilidade para atingir a aprendizagem significativa, tendo em vista que nesta perspectiva o professor utiliza dos conteúdos da matéria para contribuir com o desenvolvimento de competências e habilidades dos educandos. Na perspectiva do construtivismo, destaco a aprendizagem significativa descrita por Ausubel, que é aquela em que uma nova informação se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva à estrutura cognitiva do aprendiz⁴. Lemos (2011)⁵ destaca que a aprendizagem significativa é capaz de instrumentalizar o indivíduo para intervir com autonomia na sua realidade, sendo fundamental o comprometimento tanto do professor como do estudante com a aprendizagem. O educando passa a ser visto como agente da construção de seu conhecimento, sendo protagonista no processo de ensino-aprendizagem.

Os PCNs 1998¹ indicam alguns objetivos que devem ser alcançados por meio dos temas transversais, a maioria dos quais estão em sintonia com a perspectiva sócio-construtivista, uma vez que buscam enfatizar a importância do pensamento crítico, a tomada de decisões e o autoconhecimento. Por diversas vezes a aula de ciências não consegue atingir estes objetivos e uma das justificativas é a dificuldade de abstração em determinados conteúdos pelos educandos. Uma das estratégias que pode ser utilizada para facilitar a compreensão é o uso do laboratório de ciências. Este ambiente deve ser encarado como um espaço enriquecedor de ensino-aprendizagem, que favoreça a alfabetização científica e o protagonismo do estudante.

Lemke⁶ ressalta que a alfabetização científica não tem como pretensão somente a formação de futuros cientistas, mas sim instrumentalizar os estudantes para que eles possam ter ferramentas para tomar decisões pessoais ou políticas de forma inteligente. Desta forma, é necessário pensar em um ensino de ciências no qual os educandos saiam da escola com subsídios para refletir

sobre os problemas que afetam a sociedade e sejam capazes de elaborar soluções para estas demandas. Enquanto o ensino não for pautado na emancipação do indivíduo e na construção de um cidadão crítico, dificilmente veremos melhoras expressivas na aprendizagem e desenvolvimento dos discentes.

As atividades práticas podem ser utilizadas como uma estratégia para facilitar a compreensão de conceitos e incentivar a participação do aluno no processo de aprendizagem⁷. Porém, é preciso ter cautela na hora de escolher a atividade que será realizada. Para que a alfabetização científica possa ocorrer, é importante que o aluno seja convidado a pesquisar, participar, elaborar hipóteses, analisar os dados obtidos. A experimentação apenas para observação de um fenômeno não contribui para o desenvolvimento crítico do aluno, ela deve ser reflexiva. Borges 2004⁸ defende que quando o professor conseguir que o estudante passe da manipulação de objetos para a reflexão, ele estará trilhando o desenvolvimento do conhecimento científico no educando.

Tendo em vista a importância da experimentação e o papel do laboratório de ciências na alfabetização científica, passei a me debruçar sobre a minha realidade escolar. Atuo em uma escola estadual, localizada em uma comunidade carente da cidade de São Paulo, que vivencia diariamente as mazelas de uma cidade que cresceu de maneira desordenada e teve muita dificuldade em desenvolver uma educação libertadora.

Minha escola possui um laboratório de ciências que está sendo subutilizado. Os professores que lecionam atualmente nesta unidade de ensino apontam a baixa adesão na utilização do espaço, a falta de manutenção, organização e dificuldade de acesso aos materiais. Ao questionar os estudantes sobre o que sentem falta na escola, muitos apontam a falta de um local que proporcione atividades diferenciadas. Quando indagados sobre a possibilidade de utilização do laboratório, demonstraram grande entusiasmo.

Poucas escolas possuem laboratório de ciências e as que possuem nem sempre recebem manutenção, como a unidade escolar que serviu

como base para este trabalho. Mas, é possível propor uma revitalização deste espaço com o auxílio dos discentes. Convidá-los para pensar sobre o espaço e discutir sobre ele, é uma forma de incentivar a alfabetização científica. É importante compreender como um laboratório escolar pode colaborar com o processo de ensino-aprendizagem e como a própria comunidade escolar pode viabilizar isto.

Objetivos

A vivência como docente permitiu perceber que a visão do conceito de saúde é muito rasa, limitando-se apenas à ausência de doenças. É fundamental compreender a complexidade da definição de saúde, assim, pode-se ter consciência do que necessitamos para garantir condições mínimas para uma vida digna e saudável. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo propor uma atividade de intervenção que revitalize o laboratório de ciências em busca de discutir com maior propriedade o conceito de saúde.

Após as discussões e reflexões sobre o conceito de saúde, propõe-se a confecção de óculos de realidade virtual para criar um acervo para o laboratório. Com isso, buscamos tornar um espaço que estava sendo subutilizado em um ambiente agradável de ensino-aprendizagem para fortalecer os laços dos estudantes com sua escola. Promover essa sensação de pertencimento e apropriação do espaço favorece a consolidação da cultura da escola, contribuindo para o desenvolvimento de um cidadão crítico.

Metodologia

Este projeto de intervenção pedagógica foi elaborado a partir de uma pesquisa descritiva. Tal pesquisa teve como cenário a realidade de um laboratório escolar de uma escola pública de São Paulo e as questões de saúde que permeiam a escola. O público-alvo são estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental. A determinação do público-alvo se deu pelo fato deste ser o último ano desses estudantes nesta unidade escolar, uma vez que ela deixará

de oferecer vagas para o Ensino Médio. Pretende-se que os discentes que estão concluindo os estudos no Ensino Fundamental deixem um legado para as outras turmas que continuarão na escola.

Ao levantar os conhecimentos prévios dos alunos, identificou-se que a maioria compreende que saúde é apenas a ausência de doença. Frente a esta rasa compreensão do tema, muitos alegaram que, para garantir a saúde da população, era necessário apenas ter acesso aos hospitais e postos de saúde, e que cabia a cada indivíduo zelar por manter sua alimentação saudável e praticar exercícios físicos. No entanto, desde 1948, a Organização Mundial de Saúde define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que recentemente completou 70 anos, em seu artigo 25 diz que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle⁹.

O projeto é dividido em sete etapas, que serão descritas a seguir. A primeira etapa será fomentar a discussão sobre saúde por meio de uma roda de conversa em que serão apresentados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (universalização, equidade e integralidade), a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Os estudantes serão estimulados a posicionarem-se sobre os assuntos, e suas falas serão registradas no quadro. A proposta é criar um ambiente acolhedor que estimule a participação do estudante. Este tipo de discussão deve ser encarado como um espaço neutro, apartidário, em que o estudante tem total liberdade para expressar-se. O objetivo da roda de conversa é criar um repertório conceitual mais amplo do que aquele enraizado no senso comum.

Após a introdução de um conceito mais abrangente de saúde e das bases de criação do SUS, para realizar a segunda etapa, os estudantes utilizarão

a sala de informática para pesquisar sobre os índices de saúde do Brasil, do estado em que vivem e da cidade onde moram. Em grupos, irão sistematizar os resultados encontrados e produzirão uma apresentação para os colegas sobre as conclusões que chegaram. Este exercício tem como objetivo oportunizar uma visão da complexidade deste tema em nosso país e de como as diferentes localidades do Brasil possuem características distintas.

Para aprofundar-se nas questões inerentes à saúde, ainda em grupos, os estudantes produzirão um roteiro de entrevistas, que compõem a terceira etapa do projeto, para que seja possível traçar um panorama do bairro onde a escola está inserida. A construção deste roteiro é colaborativa e mediada pelo docente. Os estudantes serão orientados a conversar com os mais variados perfis e a visitar os equipamentos públicos disponíveis no bairro. O intuito é observar as diferentes visões da comunidade sobre o assunto e compreender as relações destas pessoas com os equipamentos públicos, a fim de relacionar o que foi visto nas pesquisas feitas na escola com a realidade local. Ao longo de todo o projeto será oportunizado a troca de ideias entre os grupos, para que as diferentes experiências contribuam para a construção do conhecimento individual de cada estudante.

A continuidade do projeto de intervenção será no laboratório de ciências, que atualmente está sendo subutilizado. A quarta etapa tem o intuito de discutir sobre como um espaço público pode contribuir com o bem-estar mental do indivíduo. Ao entrar no laboratório, os estudantes receberão uma folha sulfite e terão 20 minutos para circular pelo espaço e registrar o sentimento que aquele espaço desperta nas atuais condições em que ele se encontra. Este registro pode ser feito por meio de desenhos, frases, poemas ou redações, é importante que o estudante se expresse livremente. O objetivo é que eles reflitam sobre o impacto que um ambiente mal preservado desperta neles. Após essa sensibilização, os discentes serão convidados a verbalizar o que eles sentiriam se aquele espaço fosse revitalizado e pudesse ser utilizado como espaço de ensino-aprendizagem.

Como quinta etapa do projeto, propõe-se a construção de um acervo de materiais para o laboratório da escola, que possa ser utilizado por todos os

estudantes da unidade escolar, que atualmente atende Ensino Fundamental I e II e Ensino Médio. O acervo começará pela produção de óculos de realidade virtual (Anexo 1) confeccionado com materiais recicláveis. A utilização deste tipo de material irá favorecer a discussão sobre consumo consciente, sustentabilidade e a importância da reciclagem. Propõe-se este trabalho coletivo para a revitalização do laboratório para incentivar o estreitamento dos laços entre os discentes e entre os discentes e a escola.

Utilizando todas as discussões realizadas ao longo do projeto, após a finalização da confecção dos óculos, os estudantes deverão criar uma imagem em realidade virtual (por meio do aplicativo Câmera Cardboard) que represente a sua concepção sobre saúde, esta produção consiste na sexta etapa do projeto. A fotografia pode ser tirada na escola ou na comunidade onde a escola está inserida e poderá contar com a utilização de diversos elementos, que ficarão a critério dos estudantes. A ideia é que após as discussões sobre o tema, a sensibilização feita na visita ao laboratório e a confecção dos materiais, o estudante seja capaz de transpor os conceitos aprendidos em sala de aula. Acredita-se que após a interiorização do conceito de saúde o discente seja capaz de refletir sobre a aplicabilidade disso em sua vida.

A sétima e última etapa ocorrerá com a finalização do projeto por meio de uma apresentação das fotografias produzidas para a comunidade escolar. A apresentação promoverá um debate sobre o que é saúde, as questões de saúde do bairro e as formas que podemos intervir para podermos garantir o acesso à saúde. Sugere-se o convite aos agentes de saúde do bairro para participar deste evento.

Quadro 1. Quadro-síntese das etapas deste projeto de intervenção

Etapa	Atividade	Resumo	Local	Duração
1ª	Roda de conversa	Discussão sobre os princípios norteadores do SUS, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o conceito de saúde da OMS.	Sala de aula.	1 aula
2ª	Pesquisa	Pesquisa sobre os índices de saúde do Brasil, do estado e da cidade onde moram.	Laboratório de informática.	1 a 2 aulas
3ª	Roteiro de entrevistas	Elaboração de roteiro de entrevistas para traçar um panorama do bairro onde a escola está inserida.	Sala de aula.	1 aula
4ª	Visita ao laboratório de ciências	Visita ao laboratório de ciências. Registro dos sentimentos despertados com a visita. Socialização dos registros com reflexão sobre a revitalização do espaço.	Laboratório de ciências.	1 aula
5ª	Óculos de realidade virtual	Confecção de óculos de realidade virtual com a utilização de materiais recicláveis.	Sala de aula.	3 a 6 aulas
6ª	Fotografia	Produção de imagem em realidade virtual através do aplicativo Câmera Cardboard para representar a concepção de saúde do discente.	Escola e/ou arredores.	Livre
7ª	Exposição	Apresentação das fotografias produzidas pelos alunos e debate sobre saúde e a garantia de direitos neste quesito.	Escola.	A combinar com a direção da escola

Fonte: elaborado pela autora.

Anexo 1 – ÓCULOS DE REALIDADE VIRTUAL

Materiais:

- Folha de papelão ondulado. Para ter os melhores resultados, use um papelão forte e fino, como uma caixa de sapato resistente, em vez de uma caixa comum de mudança. Tamanho mínimo: 22 cm por 56 cm e 1,5 mm de espessura.
- Lentes, este é o componente mais complicado. As lentes com 45

mm de distância focal podem funcionar. As lentes biconvexas funcionam melhor porque evitam a distorção nas bordas.

- Um ímã de neodímio em formato de anel, e um ímã de cerâmica em formato de pastilha. Tamanho aproximado: 19 mm de diâmetro e 3 mm de espessura.
- Duas tiras de velcro com verso adesivo para fixação geral. Tamanho aproximado: 20 mm por 30 mm.
- Um elástico para evitar que o smartphone escorregue. Comprimento mínimo de 8 cm.

Molde disponível para impressão em:

http://www.multirio.rj.gov.br/media/PDF/pdf_1930.pdf¹⁰

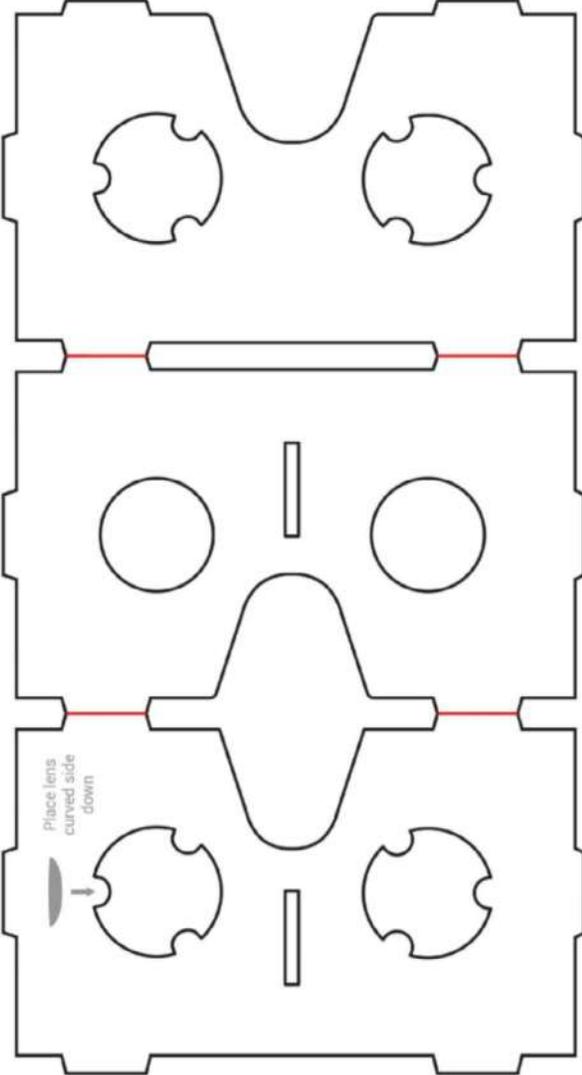
1.  Print the template

2a.  Glue the template onto cardboard

2b.  Glue light numbers on top of dark ones

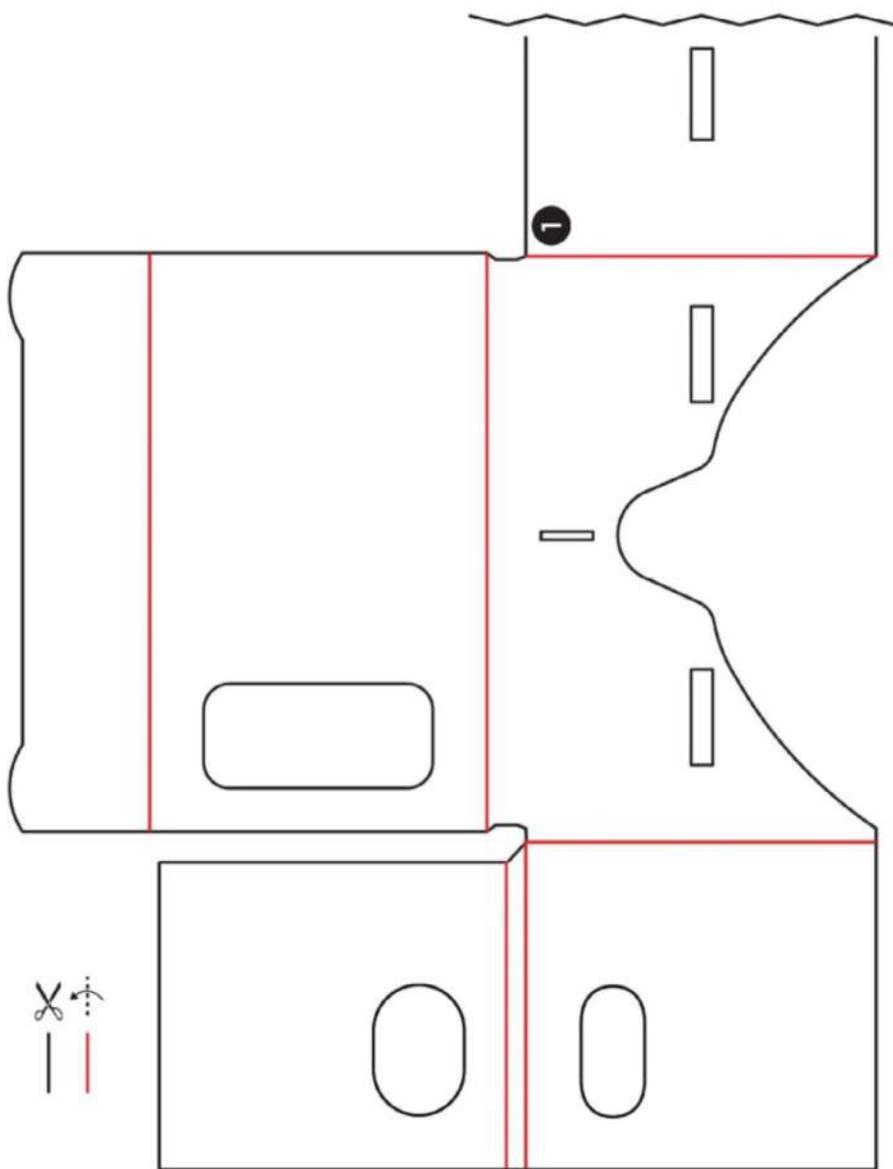
3.  Cut out cardboard

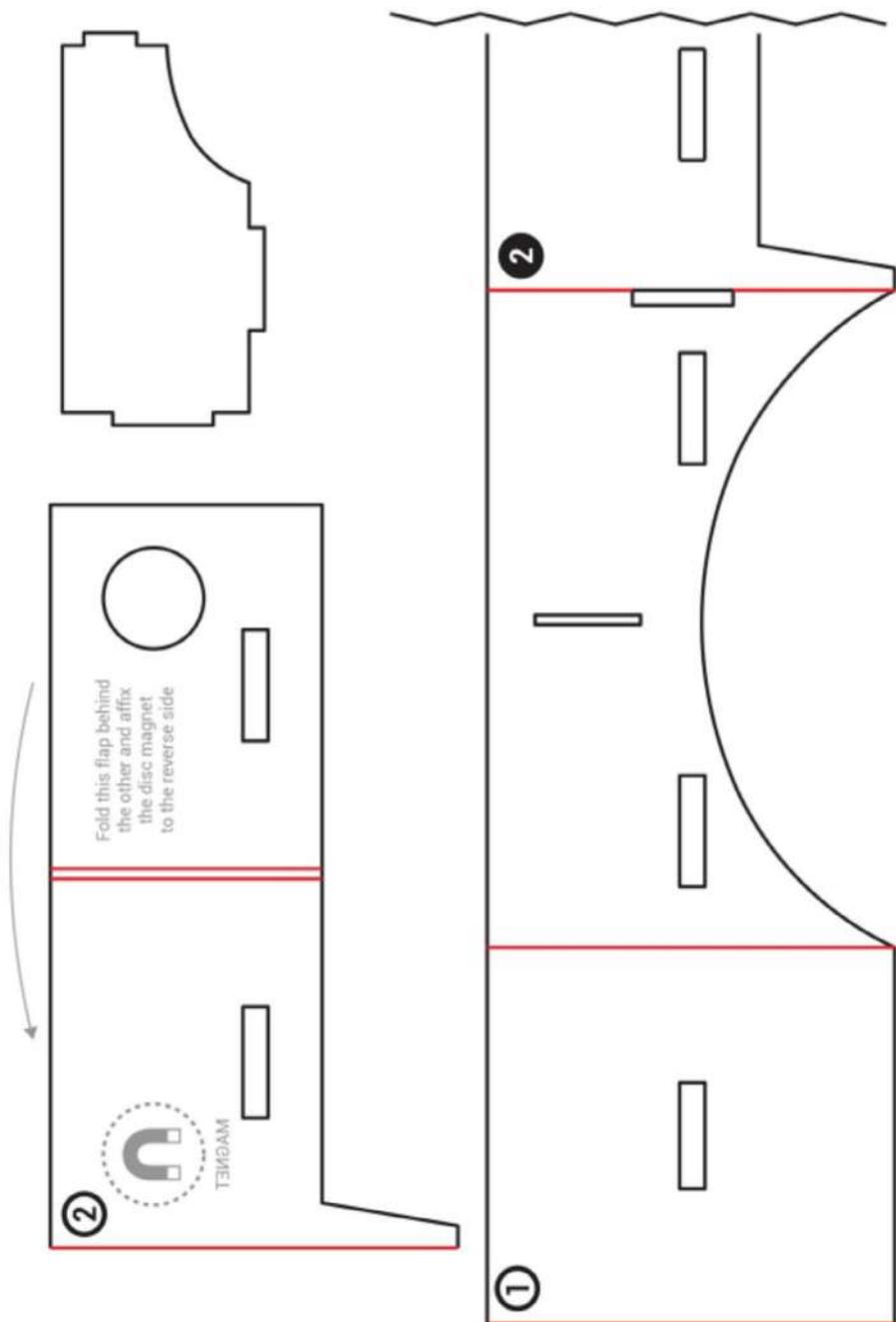
4.  Assemble as on g.co/cardboard



Place lens curved side down

Google Cardboard v1.2
Printing template





Resultados esperados

A escola deixou de ser atrativa, hoje vemos um certo distanciamento dos jovens com o universo escolar. Este projeto busca resgatar este elo entre os jovens e a escola. Com o intuito de fortalecer o vínculo do estudante com sua escola e estreitar os laços entre escola, saúde e tecnologia, a fim de promover o empoderamento da cultura escolar. Sasseron (2015) 11 relata que a cultura escolar carrega elementos da relação entre estar na escola, ser parte da escola e fazer a escola. Sendo assim, propor uma intervenção na qual o estudante é responsável por contribuir ativamente com a revitalização de um espaço escolar, é viabilizar que essas relações ocorram. A autora também destaca que a cultura escolar está ancorada em contexto e relações que se estabelecem pelo convívio e pelas experiências vivenciadas no âmbito escolar. Ora, se as experiências vivenciadas na escola são peças fundamentais para a construção da cultura escolar, deve-se propor ações que culminem para o enriquecimento dessas experiências e que promovam a apropriação do espaço escolar pelo estudante.

Pretende-se com este projeto a inserção de um conceito mais amplo de saúde no cotidiano do estudante, com o intuito de permitir uma maior reflexão e discussão sobre o tema. O tema saúde, apesar de desde 1998 estar proposto como um tema transversal pelo PCN, muitas vezes é limitado apenas às disciplinas de ciências e biologia, por diversas vezes a abordagem curricular fica relacionada às doenças que podem afetar os seres humanos. Ao discutir alfabetização científica e aprendizagem significativa, pretende-se extrapolar os conceitos para além dos muros da escola e possibilitar que aquilo que é discutido na escola seja levado para casa e possa conversar com a vida de cada indivíduo. Abordar este tema, que à primeira vista parece algo simples, e fazer com que o estudante passe a refletir sobre ele, é trazer significado para as atividades realizadas pela escola. É com urgência que a escola deve atentar-se aos problemas reais, cotidianos e esquecer os testes que só medem o quanto aquele estudante consegue memorizar.

A alfabetização científica tem um caráter libertador, que transporta o aluno para o mundo da autonomia. O laboratório de ciências deve ser encarado

como um espaço que favoreça esta alfabetização, e não somente como um local para reprodução de experimentos. Bombonato (20117) destaca que uma boa atividade experimental é aquela que está fundamentada na resolução de problemas, envolvendo questões da realidade dos alunos. Portanto, é preciso encontrar aplicabilidade para aquilo que está sendo ensinado, para que o aluno possa construir significados. Um ensino desconectado da realidade de seu educando não promove uma aprendizagem significativa e não favorece o desenvolvimento do senso crítico.

Um dos desafios previstos neste tipo de projeto é a dificuldade que os estudantes possuem em trabalhar de forma autônoma. Sabemos que esta metodologia não ocorre com a frequência que gostaríamos, sendo assim o estudante encontra um certo receio em trabalhar desta maneira. Porém, tornando isto habitual, é possível vislumbrar a construção de uma sociedade crítica e questionadora. Vale destacar que a confecção de materiais sempre está sujeita à falha, e isto deve ser utilizado como forma de aprendizado.

Para que este material seja utilizado com frequência, é importante que a escola possua uma rede de conectividade Wi-Fi que possibilite acessar os vídeos disponíveis na internet, sem depender da internet individual de cada aparelho. Não havendo esta possibilidade, é possível explorar o aplicativo Câmera Carboard que não necessita estar conectado à internet para funcionar. Deve-se divulgar o projeto entre os demais professores e explicar as possibilidades de trabalhos existentes, para viabilizar a difusão dos materiais disponíveis na escola e uma maior apropriação do acervo.

Conclusões

O tripé “escola, saúde e tecnologia” deve ser encarado como um ciclo contínuo, onde um auxilia e complementa o outro. Ao encarar essas correlações e compreender sua complexidade, é possível desenvolver um trabalho que contribua para a alfabetização científica por meio da aprendizagem significativa. Deve-se deixar claro que ao se referir a tecnologia, estamos abarcando diversos aspectos, inclusive que o laboratório de ciência de uma escola é um tipo de

tecnologia. Desta forma, este trabalho buscou atrelar a discussão do conceito de saúde com a utilização da tecnologia. Vivemos em um mundo conectado e os alunos estão habituados a esta conexão, logo, a escola não pode ausentar-se desta conectividade.

Além de permitir um aprofundamento no tema saúde, buscou-se utilizar esta ferramenta para fortalecer a cultura da escola. Vemos hoje um corpo discente desinteressado com o ambiente escolar e esta falta de interesse interfere na dinâmica em sala de aula. Sendo assim, fortalecer o vínculo do estudante com sua escola é uma alternativa para estimular a sua participação no ambiente escolar e, conseqüentemente, melhorar as situações de ensino-aprendizagem.

Deve-se destacar que o projeto propõe a criação de um acervo para a escola para que estes materiais produzidos possam ser utilizados por outros estudantes e em outras disciplinas. Existem vários vídeos educativos de realidade virtual disponíveis na internet que podem ser utilizados pelos professores em suas aulas, além da possibilidade de criação de imagens em VR por meio de um aplicativo gratuito.

Ademais, ressalta-se que este trabalho procura evidenciar a importância do desenvolvimento do senso crítico do aluno. Vemos que algumas redes de ensino já adotam currículos que valorizam a alfabetização científica, como, por exemplo, o recém-criado currículo da cidade de São Paulo, porém ao analisarmos as aulas vemos que nem sempre a didática se adequa aos desafios da atualidade. Por isso, inserir projetos que viabilizem esta metodologia é uma alternativa para começar a modificar a forma que as relações são construídas na escola, a tecnologia é uma grande aliada neste processo. Espera-se que a aplicação de projetos como este incentive a criação de novas possibilidades de utilização do laboratório escolar.

Referências

1. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Ciências Naturais. Brasília: Ministério da Educação / Secretaria de Educação Fundamental; 1998.
2. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 1996 Dec 20.

3. Libâneo JC. Didática: Velhos e novos temas. Goiânia: Edição do Autor; 2002.
4. Moreira MA. Aprendizagem Significativa: Um Conceito Subjacente. *Aprendizagem Significativa em Revista: Meaningful Learning Review*. 2011;1(3):25-46.
5. Lemos ES. A Aprendizagem Significativa: Estratégias Facilitadoras E Avaliação. *Aprendizagem Significativa em Revista: Meaningful Learning Review*. 2011;1(1):25-35.
6. Sasseron LH, Carvalho AMP. Alfabetização Científica: Uma Revisão Bibliográfica. *Investigações em Ensino de Ciências*. 2011;16(1):59-77.
7. Bombonato LGG. A importância do uso do laboratório nas aulas de ciências. Medianeira: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2011.
8. Borges AT. Novos rumos para o laboratório escolar de ciências. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*. 2004;21:9-30.
9. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasil: Unicef; 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10 dez 2018.
10. Multirio. O Mochileiro do Futuro: Óculos Google Cardboard. Rio de Janeiro: Multirio; 2016. Disponível em: http://www.multirio.rj.gov.br/media/PDF/pdf_1930.pdf. Acesso em: 26 jan 2023.
11. Sasseron LH. Alfabetização científica, ensino por investigação e argumentação: relações entre ciências da natureza e escola. *Revista Ensaio*. 2015;7:49-67.

CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) – SERRO (MG)

Camila Zamban de Miranda*

Introdução

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção, que consiste no trabalho de conclusão de curso da autora na pós-graduação em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), realizada entre 2021 e 2022. Um projeto de intervenção consiste em propor determinadas medidas de interferência a uma situação-problema visando à mudança positiva do desfecho da realidade inicial¹.

A autora em questão é médica de família e comunidade, e durante a pós-graduação atuava na Atenção Primária em Saúde (APS) na zona rural no interior do estado de Minas Gerais. Reconhece que sua atuação na porta de entrada do sistema de saúde é ponto central para contribuir com a qualidade na abordagem das pessoas em condições de cuidados paliativos, principalmente nestes locais, em que a população tem dificuldades no acesso a tais tecnologias de cuidado. Além disso, considera que os conhecimentos adquiridos em Cuidados Paliativos (CP) podem ser compartilhados com os demais profissionais de saúde das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde também atua, contribuindo com o seu fortalecimento e dos processos de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (SUS).

* Especialista em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. camilazamban@gmail.com

Desenvolver este projeto de intervenção junto à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) disparou diversas questões pessoais da autora, que durante a aplicação dos encontros se sentiu afetada pelas possibilidades de atenção e cuidado que poderia desempenhar e consolidar sobre os cuidados paliativos. Diante das possibilidades de atuação no município em questão, a autora se tornou médica da EMAD, contribuindo também para o quadro de profissionais capacitados em CP na Atenção Domiciliar.

O conceito de cuidados paliativos passou por muitas mudanças ao longo do tempo. Inicialmente foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura². A partir de 2017, a OMS passa a compreender CP como uma “abordagem multiprofissional que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença que ameaça a continuidade da vida”². Assim, podemos compreender que os CP podem ser aplicados a todas as doenças que são ameaçadoras da vida, tanto agudas como crônicas, independente da existência de tratamentos curativos. Além disso, ampliam o olhar dos profissionais de saúde, trazendo interesse por todos os aspectos da vida do paciente, com respeito ao seu processo de adoecimento e ao seu sofrimento, envolvendo a família no cuidado³.

As ações voltadas aos CP têm foco na prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento dos sintomas desagradáveis a partir da perspectiva dos pacientes e do olhar sensível do examinador. A abordagem paliativa considera quatro dimensões de cuidado: física, psicológica, social e espiritual⁴.

A dimensão física envolve o manejo dos sintomas, como dor, adaptação a procedimentos e limitações das atividades da vida diária. A dimensão psicológica envolve o manejo das formas de se lidar com o sofrimento, incluindo o cuidado em relação ao luto antecipado. Por meio da dimensão social, trabalham-se questões relacionadas à composição e renda familiar, local de moradia, profissão e situação empregatícia frente ao adoecimento e rede de suporte social. Por fim, os CP preveem a incorporação da espiritualidade

ao cuidado, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar as necessidades espirituais dos usuários e de seus familiares⁵.

Os CP podem ser aplicados por equipes multiprofissionais treinadas, em diferentes cenários, como o hospital, o ambulatório e o domicílio, em todos os níveis de atenção à saúde⁶. Segundo meta-análise publicada em 2016 no *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), na qual estudos randomizados e controlados foram analisados em conjunto, o uso das técnicas de CP aplicadas de maneira específica resultam em melhora significativa de qualidade de vida, melhor controle de sintomas e menores custos⁷.

Desde a década passada, a OMS incluiu os CP no Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis, reconhecendo como parte dos serviços abrangentes necessários para o cuidado em saúde⁸.

No Brasil, a demanda por cuidados paliativos cresce, à medida que enfrentamos um envelhecimento progressivo da população, resultando em um aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT)^{9,10}. Neste contexto, os CP se tornam mais necessários, a partir do alívio ao sofrimento total, sem que este se prolongue com intervenções médicas desnecessárias¹¹.

O estudo de Wassmansdorf e colaboradores, de metodologia transversal¹² e descritiva, com abordagem quantitativa, concluiu que as ferramentas para análise de dor e funcionalidade são pouco utilizadas pelos médicos e que o cuidado multidisciplinar capacitado em CP é escasso. Conseqüentemente, compreende-se que os sintomas podem não estar sendo controlados adequadamente, e que o cuidado integral pode estar prejudicado, sugerindo baixa qualidade de CP na APS do Brasil¹².

Os cuidados paliativos devem estar integrados em todos os níveis de atenção, com foco de atuação na APS, na comunidade e no cuidado domiciliar. Entretanto, estudos demonstram haver entraves à incorporação a esse desenvolvimento dos CP na APS, especialmente no que diz respeito à falta de conhecimento acerca do tema entre os profissionais, a inabilidade

dos profissionais para lidar com as famílias, a não disponibilidade de recursos tecnológicos e a falta de apoio dos serviços de referência^{9,10,13}.

Em contrapartida, a implementação do serviço de Atenção Domiciliar (AD) é um movimento que fortalece o SUS enquanto representa uma maneira de garantir a equidade dos usuários, diminuir custos de hospitalização e permitir a manutenção da autonomia e da integridade dos usuários em CP, promovendo dignidade à pessoa e à sua família, inclusive prevenindo o luto patológico¹⁴.

O município de Serro, localizado na região do Alto Jequitinhonha, interior do estado de Minas Gerais, possui uma população de 20.915, segundo estimativa do IBGE¹⁵. O município conta com nove equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma cobertura de 100% da população assistida pela APS. O município é sede de microrregião de saúde, contando com um hospital de porte médio, com emergência de porta aberta, leitos de internação clínica adulto e pediátrica, leitos de internação cirúrgica adulto, bloco cirúrgico e maternidade. O hospital do município é referência para os seis municípios da microrregião.

No ano de 2022, o município contratou a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que foi habilitada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n.º 3.174, de 16 de novembro de 2021¹⁶. A equipe é constituída por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta. De acordo com a Portaria MS n.º 825, de 25 de abril de 2016, a Atenção Domiciliar, operacionalizada pela EMAD, tem a seguinte indicação:

Pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador¹⁷.

Essa mesma portaria estabelece os parâmetros atuais para assistência médica domiciliar em níveis diferentes de cuidado – AD1, AD2 e AD3, na qual, AD1 corresponde ao paciente que demanda cuidado do profissional de saúde com menor frequência e menor necessidade de recursos, que compete à APS, enquanto

a AD2 e AD3 envolve acompanhamento de paciente com maior complexidade, cuja prestação de serviços compete às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)¹⁷.

Embora a AD esteja estruturada enquanto política de atenção à saúde e que envolva a palição em suas atribuições, a AD em cuidados paliativos ainda é pouco realizada. Segundo o panorama dos CP no Brasil pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) de 2018, 74% da assistência em cuidados paliativos é realizada em hospitais, mesmo que as estratégias extra-hospitalares, como AD pela APS ou por EMAD, envolvam melhor custo-benefício⁶.

A operacionalização dos CP envolve diversas ferramentas, tanto para definição de pacientes elegíveis, como para estimativa prognóstica e avaliação de sintomas¹⁸. Trata-se de escalas que, para serem utilizadas, exigem conhecimento técnico e treinamento específico dos profissionais, permitindo a dignidade dos cuidados em saúde para o paciente¹⁹. A falta de capacitação para a utilização destas ferramentas dificulta a execução dos CP nos espaços de atenção AD. Além disso, a temática dos cuidados paliativos não esteve presente na formação da maioria dos profissionais que atuam AD, sendo introduzida no decorrer de sua prática profissional por meio de atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Educação Continuada (EC)^{20,21,i}.

A EMAD tem como prerrogativa o atendimento aos usuários em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade¹⁴. Dessa forma, a EMAD apoia as equipes de saúde da família na prestação de um cuidado integral, com potencial de trabalhar, tanto junto às famílias acompanhadas como juntos aos profissionais de SF, a abordagem dos CP.

No município de Serro, local de atuação deste projeto, a EMAD está sendo estruturada, sendo um dos indicadores municipais, para tal equipe, o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente. Ao analisar os registros de formações para os profissionais da APS ou mesmo do hospital municipal, não foram evidenciadas atividades formativas no âmbito dos CP.

Desse modo, proporcionar à equipe da EMAD processos formativos para o desenvolvimento da abordagem em cuidados paliativos, pode criar uma janela de oportunidades para a construção de uma cultura de aplicação dos CP no município. Por meio da capacitação básica em CP aos profissionais da EMAD, espera-se que os mesmos não apenas exerçam atuação direta em CP, como previsto em portaria específica, mas que possam atuar como elo entre a atenção hospitalar e APS, tornando-se agentes de transformação de práticas vigentes.

Objetivo

Este projeto tem como objetivo realizar uma capacitação básica em CP, a partir da apresentação dos princípios e treinamento inicial do uso dos instrumentos básicos para aplicação de CP aos profissionais que compõe o EMAD no município de Serro (MG), para que se tornem sensíveis ao tema e aptos ao desenvolvimento de uma abordagem em Cuidados Paliativos.

Método

Foi realizada uma capacitação sobre o tema “Cuidados Paliativos”, estruturada a partir das metodologias ativas de ensino. As metodologias ativas são estratégias pedagógicas com uma concepção de educação crítico-reflexiva. Suas estratégias auxiliam os educandos na busca pelo conhecimento, refletindo sobre os problemas de forma crítica e propondo soluções mais adequadas para enfrentá-los²³. Nesse sentido, essa se mostra uma metodologia adequada para ser possível atingir os objetivos do trabalho, uma vez que convida os profissionais a reflexão crítica acerca do tema proposto, e a construção de soluções para a implementação da abordagem paliativa na sua rotina de trabalho.

Para amparar a preparação dos encontros e a elaboração do texto deste projeto de intervenção em sua fundamentação teórica, foi realizada revisão bibliográfica na plataforma BVS com os descritores “cuidados paliativos”, “equipe multiprofissional e cuidados paliativos”, “Atenção Domiciliar em Saúde”, “Atenção Primária em Saúde” e “Educação Permanente”.

O público-alvo são os profissionais que compõem a EMAD do município de Serro, formada por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, além da coordenadora do programa.

O planejamento dos encontros foi feito de acordo com pactuação realizada com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo que os encontros ocorreram mensalmente, com uma carga horária de quatro horas por encontro, totalizando 20 horas de capacitação. O local, o horário e a periodicidade dos encontros foram definidos e pactuados a partir da disponibilidade da equipe. Os encontros aconteceram conforme planejamento a seguir:

1º encontro: conceitos e princípios dos Cuidados Paliativos

Por meio da estratégia Aprendizagem Baseada em Equipes, foram trabalhados os conhecimentos prévios dos participantes, acerca do conceito e dos princípios dos CP. A metodologia envolve um questionário inicial respondido pelo grupo todo de forma lúdica.

O grupo deve chegar em um consenso sobre a resposta mais adequada para cada pergunta. Na sequência, foi feita uma apresentação inicial, destacando os principais conceitos sobre CP e, após, repetidas as questões iniciais que, novamente, foram respondidas em grupo.

Como atividade de dispersão, foi solicitado que, a partir dos conceitos discutidos do encontro, a equipe identificasse, entre os usuários acompanhados, aqueles que julgavam ser elegíveis para CP.

A atividade foi finalizada com a avaliação pelos participantes.

2º encontro: indicações de Cuidados Paliativos

Nesse encontro, foram discutidos os critérios de indicação de CP, por meio dos instrumentos Ncpcal²⁴; PPI²⁵; Karnofsky²⁶; ECOG²⁶.

A atividade inicia-se com uma aula expositiva, seguida de discussão de caso em grupos. A equipe foi convidada a aplicar as escalas de forma simulada, a partir do caso dos usuários identificados como possivelmente elegíveis.

A atividade foi finalizada com a avaliação pelos participantes.

3º encontro: controle de sintomas

Inicialmente foi apresentado o caso de um paciente em CP, descrevendo as abordagens sintomáticas feitas por uma equipe despreparada para manejo em CP. O grupo identificou o que considerou ser positivo e negativo na abordagem e quais intervenções julgava mais adequadas.

Em seguida, ocorreu uma aula expositiva, incluindo os seguintes temas: Escala de Performance (PPS)²⁵; ESAS²⁷; escala de dor, dispneia e fadiga²⁸.

Ao término, os participantes foram convidados a avaliar novamente o caso inicial, e avaliar quais condutas poderiam ser mudadas e quais permaneceriam.

A atividade foi finalizada com a avaliação pelos participantes.

4º encontro: as últimas 48 horas de vida

Neste encontro foram abordados os seguintes temas:

- O cuidado nas últimas 48 horas de vida;
- Atitude da equipe;
- Sinais e sintomas da fase ativa de morte.

A atividade se iniciou com uma roda de conversa, para os participantes poderem falar das suas percepções e sentimentos sobre as últimas 48 horas de vida e sobre como entendem o papel da equipe naquele momento.

Em seguida, foi proposto um trabalho em duplas, sendo que cada dupla deve ler e discutir o texto apresentado. As discussões que surgirem serão apresentadas ao restante do grupo, seguido de uma discussão coletiva.

A atividade foi finalizada com a avaliação pelos participantes.

5º encontro: comunicação em Cuidados Paliativos

Os assuntos abordados nesse encontro foram:

- Estratégias de comunicação;
- Equipe, paciente e família;
- Ética em Cuidados Paliativos;
- Diretivas antecipadas de vontade.

A atividade se iniciou com uma roda de conversa, na qual os participantes foram convidados a refletir sobre as estratégias de comunicação, considerando os aspectos éticos e as expectativas da equipe, do paciente e da família no que diz respeito à comunicação.

Foi apresentado o conceito de diretivas antecipadas de vontade. Em seguida, foram apresentadas três situações-problema e o grupo discutiu como agir em cada uma delas.

Ao final, o grupo foi convidado a avaliar a capacitação como um todo, fazendo autoavaliação e sugerindo melhorias.

Foi discutido com o grupo a possibilidade de continuidade em formato de matriciamento.

Resultados alcançados

Até a escrita deste manuscrito, foram realizados os dois primeiros encontros de formação. Em ambos, a participação foi de 100% da equipe. No primeiro encontro, foi feito um alinhamento conceitual sobre Cuidados Paliativos, desconstruindo mitos que a própria equipe identificou sobre esse tema. A atividade de dispersão foi realizada e o grupo chegou, no segundo encontro, com a relação de oito pacientes que consideraram elegíveis para cuidados paliativos. Então, aplicou-se a ferramenta de elegibilidade, identificando que, dos oito, cinco eram realmente elegíveis. O grupo encerrou o encontro referindo satisfação com o aprendizado e pensando nas possibilidades de um manejo diferenciado para esses pacientes, assunto proposto para ser discutido nos próximos encontros.

Considerando a abertura dos profissionais para este processo formativo, após a conclusão dos cinco encontros, será pactuada a manutenção de um espaço de encontro mensal de Educação Permanente da equipe, para discussão dos casos clínicos acompanhados e de temas definidos como prioritários pela própria equipe, em formato de matriciamento. Essa continuidade do espaço de Educação Permanente é considerada uma possibilidade de grande valor para a equipe e para o município, pois possibilita a troca de experiências e a construção de melhores práticas de cuidado.

Além disso, a partir destes encontros também pode-se identificar quais os pontos críticos na Rede de Atenção à Saúde da microrregião de saúde e buscar estratégias para estabelecimento da comunicação entre APS e atenção hospitalar. Uma vez que estamos trabalhando com uma equipe recém-implantada no município, local no qual não há cultura de trabalho com Atenção Domiciliar, a capacitação técnica da equipe se mostra uma contribuição fundamental para a legitimação da mesma perante os demais serviços de saúde da rede²⁹.

Além dos temas discutidos ao longo dos dois encontros, surgiram algumas dificuldades ligadas à execução do trabalho da própria EMAD. Destacam-se a não fixação de médico no início da implantação da equipe e a rotatividade de enfermeiras e técnicas de enfermagem devido à fragilidade do vínculo trabalhista, realizado por contrato e sem vínculo por CLT. Durante a aplicação da capacitação, a equipe não tinha profissional médico contratado. Outro desafio identificado relatado pelas participantes do encontro é a ausência de fluxos formais de comunicação com a APS e com o hospital do município. Nesse sentido, referiram que os encontros contribuem para que se sintam mais capazes e aptas para esse diálogo com outros serviços da RAS.

Considerações finais

Os CP se mostram um tema cada vez mais importante no cuidado em saúde, com o aumento das doenças crônicas e o aumento da expectativa de vida da população. Para sua execução, é preciso o trabalho em equipe multidisciplinar capacitada sobre o tema. Ao executar essas capacitações, podemos contribuir com o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde da região, propiciando desospitalização adequada, reduzindo hospitalizações desnecessárias, melhorando o cuidado em saúde aos pacientes com critérios para Atenção Domiciliar e fortalecendo a APS do município, que recebe suporte e possibilidade de matriciamento com equipe EMAD fortalecida.

A Educação Permanente é uma ferramenta fundamental para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde forte, para a valorização dos

profissionais que atuam na rede e para a melhora do cuidado em saúde prestado para a população. Dessa forma, capacitar em Cuidados Paliativos, contribui para a melhora da atenção à saúde na região e para melhores resultados dos serviços de saúde, sobretudo quando o capacitador é especialista em medicina de família e comunidade com pós-graduação em CP, como é o caso neste projeto de intervenção.

Com a implementação do programa de capacitação, espera-se, inicialmente, contribuir para a humanização da assistência, na abordagem aos pacientes e familiares. Considerando o aumento no número da população idosa e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), torna-se necessário o desenvolvimento de políticas e ações voltadas para os cuidados paliativos. A abordagem em cuidados paliativos contribui para a redução de internações desnecessárias e da sobrecarga dos serviços de saúde, a falta de capacitação dos profissionais pode ser vista como uma barreira para o acesso a esta abordagem.

Espera-se que, ao final da formação, os profissionais da EMAD sintam-se capacitados para execução básica dos princípios dos CP na sua prática clínica, para a identificação de pacientes elegíveis para CP e para aplicação de alguns instrumentos apresentados nos encontros. Além disso, considerando que a EMAD transita em diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, espera-se que esses profissionais sejam multiplicadores da abordagem em CP no município.

As articulações feitas até o momento com a gestão municipal demonstraram interesse do município em qualificar sua Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito aos CP, implantando essa lógica na atuação das equipes por meio da EMAD. Outro aspecto de contribuição foi que a relação construída com a equipe durante a aplicação dos encontros e que motivou a pesquisadora a decidir compor o EMAD como médica da equipe, fortalecendo os vínculos profissionais e acadêmicos com os princípios dos CP. Sendo assim, identificamos que esse projeto se torna relevante e com perspectiva de resultados que levem a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Referências

1. Xavier SS, Sampaio CT, Gomes ALV, Nascimento RCS, Esperidião MA. Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico. *Divulg saúde debate*. 2018;58:285-295.
2. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
3. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, Maiello APMV, Coelho FP, Messias AA. *Manual de cuidados paliativos*. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês / Ministério da Saúde; 2020.
4. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. *A construção social da atenção primária à saúde*. 2nd ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019.
5. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. *Manual de Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein / Ministério da Saúde; 2021.
6. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil*. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.
7. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104-2114.
8. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/. Acesso em: 30 abr 2022.
9. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):13-8.
10. Milani L, Silva MM. Nursing and palliative care in primary health care / A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *R pesq cuid fundam Online*. 2021;13:434-42.
11. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HÁ, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
12. Mattos CW, Derech RD. Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2094.
13. Justino ET, Kasper M, Santos KS, Quaglio RC, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3324.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro: IBGE;

2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/serro.html>. Acesso em: 30 abr 2022.
16. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.174, de 16 de novembro de 2021. Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), a Estados e Municípios. Brasília: Diário Oficial da União; 2021. 17 nov.
 17. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Diário Oficial da União; 2016. 26 abr.
 18. Rangachari D, Smith TJ. Integrating palliative care in oncology: the oncologist as a primary palliative care provider. *Cancer J*. 2013;19(5):373-8.
 19. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*. 2007;335(7612):184-7.
 20. Gryscek G, Pereira EAL, Hidalgo G. Médicos de Família e Cuidados Paliativos: Contribuições ao currículo baseado em competências. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2012.
 21. Silva EA, Duarte ED. Cuidado Paliativo na Atenção Domiciliar: conhecimento, definição e elegibilidade na perspectiva do profissional de saúde. Contribuição da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para a Saúde Universal: XVI Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería. 5-9 Nov 2018; Palácio de Convenciones: Cuna; Habana: infomed; 2018.
 22. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 23. Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):e20170435.
 24. Santana MTEA. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO© para a Língua Portuguesa. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2018.
 25. Munir Junior M. Avaliação de escore preditor de mortalidade em pacientes com tumor sólido avançado. [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
 26. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Tabelas, equações, questionários e valores de referência. Brasília: SBPT. Disponível em: www.sbpt.org.br. Acesso em: 30 jun 2022.
 27. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):163-171.

28. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Centro de Telessaúde HC-UFMG & Centro Universitário Newton Paiva. Cuidados Paliativos. Brasília: SE/UNA-SUS; 2017.
29. Costa DB, Garcia SD, Vannuchi MTO, Haddad MCL. Impacto do treinamento de equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. Rev enferm UFPE. 2015;9(4):7439-47.

Notas finais

- i. A EPS está fundamentada na concepção da educação como processo de transformação das práticas de trabalho, uma vez que é focada nos problemas cotidianos e na valorização do trabalho como fonte de conhecimento. Já EC está relacionada com espaços formativos mais focados, com ênfase em cursos e treinamentos²².

CAPÍTULO

5

SAÚDE DA FAMÍLIA NO FUTURO: A CLÍNICA QUE SE COMUNICA

Clarice Miranda de Carvalho*
Gabriel Rodrigues Mardegan**
Quesia Ferreira da Silva***
Samara Cristina Santos Castro Moreira****
Thayna dos Santos Miranda*****
Dyanna Jóia dos Santos de Carvalho*****
Daniela Muzi*****
Ana Claudia Mendes de Andrade e Peres*****
Renata Ruiz Calicchio*****
José Wellington Gomes Araújo*****

Cenário de prática

Em março de 2020, cinco residentes do Programa Multiprofissional da Escola Nacional de Saúde Pública (PRMSF/ENSP/FIOCRUZ) iniciaram seus dois anos de estágio na Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira

* Resistente multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. claricemirandalrt@gmail.com

** Resistente multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gabriel.r.mardegan@gmail.com

*** Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. quesia50@gmail.com

**** Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. samaram.castro.as@gmail.com

***** Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. thaynadossantosmiranda@yahoo.com.br

***** Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dyannajoia.enf2022@gmail.com

***** Docente do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. daniela.muzi@icict.fiocruz.br

***** Jornalista, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. anaclaudia.peres@gmail.com

***** Analista de Gestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. renata.ruizcalicchio@gmail.com

***** Pesquisador em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. josewellingtongomesaraujo@gmail.com

(CFADS), localizada no Jacarezinho, bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro. Havia grande expectativa em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), sua abordagem familiar e territorial, seus protocolos e rotina, bem como o trabalho em equipe e grupos educativos. Esperava-se conhecer o território, já reconhecido por sua vulnerabilidade e resiliência, especialmente na CFADS, uma clínica caracterizada por uma participação social intensa e comunicação ativa. A formação acadêmica na ENSP, conhecida por seu espírito crítico e propositivo, despertou orgulho em todos os residentes da equipe por fazerem parte do SUS.

Já na segunda semana, todos os sonhos de um estágio feliz começaram a desmoronar. Mudanças nos protocolos, isolamento social, incertezas. A Pandemia de covid-19, tendo chegado pelo aeroporto internacional, fechou o seu cerco às favelas do Rio. Linhas de cuidado interrompidas, priorização restrita, filas no atendimento, insatisfação dos usuários. Ainda verão. Pessoas passando mal, profissionais estressados. Faleceu de covid a mãe de uma agente comunitária de saúde (ACS): o desespero e o pânico tomaram conta de todos. No início não havia equipamento de proteção individual para os residentes. Funcionários contraíram a covid-19. Residentes contraíram a covid-19. O afastamento compulsório dos convalescentes aumentou a carga de trabalho para os que foram ficando.

Quando se esclareceu o mecanismo de transmissão da covid-19 e a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou a prevenção pelo uso de máscara e distanciamento social. O Presidente da República à época iniciou sua notória e cruel campanha negacionista: “É apenas uma gripezinha”, “Quem usa máscara é maricas”, depois: “Quem tomar vacina vai pegar AIDS”. A capilaridade do bolsonarismo, tão rápido e eficiente quanto a covid-19, fez chegar ao Jacarezinho a praga de fake news, uma guerrilha de contra-informações com objetivos políticos claros: desacreditar todo o instituído, inclusive a ciência, inclusive o histórico brasileiro de adesão à vacinação. Desacreditar para enfraquecer, dividir e dominar a sociedade civil.

Como no início da pandemia a única estratégia de prevenção era a divulgação de informações baseadas em evidências (para que a reação à pandemia não fosse fundamentada em crenças¹) o interesse da equipe de residentes multiprofissionais e seus orientadores foi se voltando, de maneira orgânica e necessária, para a Comunicação em Saúde na Atenção Básica em Saúde (ABS). Desde cedo, uma distinção básica entre informar e comunicar. No sentido deste trabalho, comunicar extrapola o simples compartilhamento de informações, e almeja um engajamento, mobilização e divulgação ativa das atividades da clínica.

Este trabalho resulta do enfrentamento da pandemia e do pandemônio – *fake news*, desfinanciamento e desmonte do SUS, crise econômica generalizada, aumento da miséria social e da fome. Louvores a todos os que estiveram nesse *front*, e aqui trataremos da experiência dos residentes da ENSP no Jacarezinho. O trabalho foi construído a partir de narrativas sobre o território, processos de trabalho, conversa com moradores, visitas domiciliares, cuidados clínicos no “Posso Ajudar”. Tudo. A fonte das narrativas foram os Diários Reflexivos (DRs), dispositivos pedagógicos em que cada residente escreve sobre suas observações e impressões – inclusive com consulta bibliográfica –, refletindo sua experiência rotineira e cotidiana. Essa e outras ferramentas metodológicas serão discutidas adiante.

Logo que escolhemos o tema do nosso trabalho de conclusão e começamos a estudá-lo e praticá-lo, fomos adquirindo uma convicção muito arraigada e forte que a Comunicação em Saúde longe de ser uma ferramenta auxiliar – como quase sempre é entendida, pelo menos na Atenção Básica em Saúde –, na verdade, constitui-se como um dispositivo essencial e estruturante desse nível de atenção, conforme deixaremos demonstrado.

Justificativa

A comunicação é um determinante social em saúde, sendo essencial para o funcionamento pleno do SUS, um direito humano inalienável garantido

por lei² e se manifesta transversalmente em todas as políticas públicas. Seu conceito é plural e complexo e está intimamente envolvido com o direito à saúde e a participação social³. Pode se expressar em elementos essenciais como o acesso à informação, mas também como possibilidade de interlocução e participação dos diversos atores no cuidado em saúde⁴.

Certamente a comunicação preventivista é secular no Brasil. E atualmente há, em formato ainda acadêmico, um pujante campo crítico da Comunicação em Saúde. Nenhuma das duas vertentes atém-se à necessidade de uma estruturação da comunicação no nível da ABS. E, principalmente, não tivemos uma massiva campanha nos anos 1990 informando à população brasileira as vantagens da mudança radical do modelo de atenção à saúde, com o acesso facilitado pelos ACSs, cuidado qualificado por equipes multiprofissionais, atenção hierarquizada, etc. Um exemplo dessa falta de comunicação é o fato de que muita gente continua procurando o médico especialista na ABS.

A escassa bibliografia sobre a Comunicação na ABS indica que este vazio ainda não foi detectado, tornando o tema bastante inovador. Por outro lado, é enorme e inexplorado o potencial comunicativo da ABS nos seus territórios. A ESF é produtora de saúde e de sujeitos, porta de entrada do sistema, *locus* privilegiado do cuidado, prevenção e promoção da saúde. O trabalho é capilarizado e pode ser articulado com coletivos locais e equipamentos intersetoriais.

Objetivos

Debater a Comunicação em Saúde na ABS a partir da experiência de uma equipe multiprofissional de cinco residentes inseridos em uma UBS/Clínica da Família, na zona norte do Rio de Janeiro, durante o período 2020-2022, concomitante à Pandemia de covid-19.

Para tanto, o trabalho se propõe a: apresentar as estratégias de comunicação desenvolvidas entre os diversos atores sociais; discutir a dinâmica comunicacional do trabalho remoto implementado pela CFADS;

discutir o uso das redes sociais virtuais como dispositivo comunicacional com usuários nas clínicas da família; discutir o impacto da infodemia de *fake news* no trabalho da CFADS e debater a necessidade de formulação de diretrizes para a comunicação em saúde na ABS e no SUS.

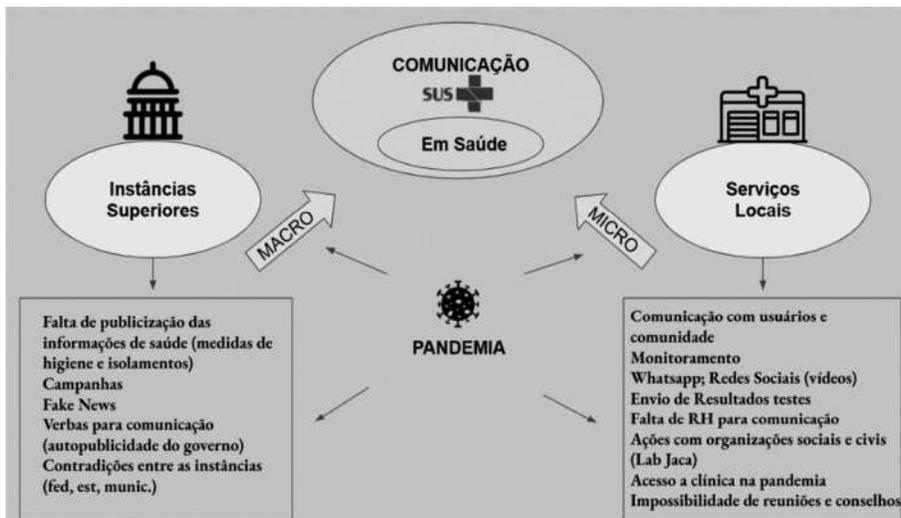
Devemos acrescentar que o esforço no enfrentamento da pandemia e a decorrente produção do trabalho de conclusão de residência (TCR) nos levou a produzir um vídeo abordando os sentidos da comunicação em saúde entre os profissionais da CFADS.

Caminhos metodológicos: comunicar e resistir

Dissemos, na introdução do artigo, que o tema da comunicação surgiu de maneira orgânica e significativa, tornando-se presente nas atividades práticas e acadêmicas. Procurávamos estratégias comunicacionais efetivas, que pudessem apoiar as pessoas do Jacarezinho em um momento tão delicado de nossas vidas. Aprendemos na prática reflexiva que deveríamos divulgar informações e noções seguras, de maneira rápida, prática e dialógica, utilizando todos os meios disponíveis. Informações que fossem, além de baseadas em evidências, socialmente sensíveis e adequadas ao contexto da comunidade, bem como acessíveis à compreensão geral.

Para delinear as categorias teóricas, os dispositivos práticos e os procedimentos lógicos adequados ao problema, elaboramos uma cartografia dos fluxos informacionais e das potencialidades, obstáculos e vazios comunicacionais na ABS, a partir do Jacarezinho e Rio de Janeiro. No modo tempestade de ideias, a equipe de residentes procurou sistematizar os fluxos informacionais que vão da gestão central e regional aos serviços locais, usuários e moradores de um dado território, incluindo os fluxos nas redes intersetoriais e comunitárias on-line; e o caminho inverso ou dialógico.

Figura 1. Cartografia dos fluxos, potencialidades, obstáculos e vazios comunicacionais na ABS



Fonte: Elaborada pelos autores

O método se esclarece a partir dos três fulcros principais dos nossos procedimentos: o Relato de Experiência e a sua fonte, o Diário Reflexivo, bem como a Cartografia de Deleuze e Guattari⁵ enquanto tipo de estudo. Todos tendo como base a perspectiva de pesquisa-ação, qual seja, o pressuposto de produzir conhecimento em conexão com a intervenção⁶.

Relato de Experiência (RE)

O RE se estabelece em uma perspectiva de processo, ou seja, tenta captar dinâmicas coletivas e singulares em torno de algum tema ou fruto de interações em um campo⁷. O RE permite olhar diferentes acontecimentos, atores, relações e inter-relações vivenciais sem os recortar previamente. Assim, pretendemos observar os processos que necessitam da comunicação como dispositivo estruturante da ABS.

Diário Reflexivo (DR)

No DR os residentes descrevem de forma reflexiva suas atividades de campo. A narrativa é livre e contém análises referentes a bibliografias, expectativas,

anseios e frustrações. Pode conter registros fotográficos, mapas, notícias, diálogos, músicas e poemas. Nele, o residente pensa propostas para o campo de prática, exercitando e exercendo o seu compromisso com as pessoas e com o SUS. Estes conteúdos são discutidos quinzenalmente com os docentes orientadores. Foi a partir desses registros que surgiu a centralidade do tema da comunicação.

Cartografia

Cartografar é participar e traçar as experiências vividas em campo, incluindo a análise processual do objeto, dos pesquisadores e da produção de conhecimento. Consentâneo com o relato de experiências, a cartografia é fluida e não pressupõe objetos pré-estabelecidos, não havendo prescrições ou regras prontas. É um método de pesquisa e escrita onde se trabalha com experiências, processos, atores e relações de poder⁸. Foi nessa perspectiva que relatamos os processos cotidianos de trabalho e formação; que qualificamos a observação, a participação e a implementação de atividades em diferentes espaços de cuidado e formação; que sistematizamos as narrativas nos DRs e mesmo no retorno dialogado com os orientadores.

Experiências e Resultados

I – Dinâmicas comunicacionais e experiências comunitárias no Jacarezinho

O cenário imposto pelo novo vírus estabeleceu a seguinte contradição: no momento de maior necessidade de comunicação entre os serviços de saúde, sobretudo da ABS, e a população, surgiram inúmeras barreiras que dificultaram esse contato. Essa situação nos impeliu a aprofundar o processo criativo, e a lançar mão de toda sorte de estratégias comunicativas para sensibilizar nosso público, aliando teoria e empiria.

No início, nos deparamos com uma clínica cuja equipe tinha, no geral, boa coesão e, portanto, uma boa comunicação. Claro que a pandemia abalou essas competências, mas, mesmo assim, essa dinâmica relacional da

CFADS nos fez aprender, em volume e rapidamente. A ESF tem como atributo a capilaridade, sua inserção nos territórios pelos quais se responsabiliza, e mantém as “portas abertas” para demandas. Esse formato da política, por si só, já estabelece uma complexa estrutura comunicacional, pois a presença e circulação de profissionais entre a população é garantida. Portanto, as bases de uma comunicação direta e eficiente estavam dadas. Por outro lado, importantes mecanismos de participação e acolhimento, como grupos e assembleias, foram suspensos, e novos fluxos e protocolos tiveram que ser adaptados pelo corpo da clínica de uma hora para a outra.

Com a necessidade de diferenciar os tipos de demanda, e, principalmente, de triar casos suspeitos de covid-19, criou-se o “posso ajudar?”, um novo nome para o já conhecido acolhimento de porta de entrada. Esse mecanismo, um tanto quanto improvisado, óbvio e contraditoriamente, representou importante frente de comunicação com a população e, como era de se esperar, uma “barreira de acesso” a essa mesma população. Mais do que dar informações, ali em frente à recepção da unidade, se administravam “os ânimos” de uma população atordoada com tantas mudanças.

Naturalmente, atordoados ficaram também os trabalhadores da unidade, cansados com as novas e intensas demandas, preocupados com seus próprios medos e incertezas. Diante dessa iminente desagregação, a equipe de residentes multiprofissionais promoveu importantes iniciativas para o cuidado com os profissionais da CFADS: grupos de conversa, atividades físicas e de relaxamento, grupos operativos – sempre em busca de elaboração coletiva do contexto pandêmico caótico, e a manutenção de um trabalho afetivo e comunitário.

O serviço se empenhava, assim, em reestruturar sua comunicação interna e externa, buscando fortalecer-se apesar do avanço do vírus. Nesse mesmo tempo, um efeito secundário da pandemia: os arredores da clínica sucumbiam à pauperização e à fome causados pelo desamparo social, outra faceta do negacionismo vigente. Sem tempo a perder e nem ilusões a nutrir, surgiram iniciativas criativas e eficientes dos próprios moradores do Jacarezinho, principalmente de seus jovens, seus “crias”, para mitigar os efeitos da desigualdade e empobrecimento⁹.

Dessas movimentações, implementou-se a campanha “Jaca contra o Corona”. Desenrolaram-se grandes campanhas de arrecadação e distribuição de cestas básicas, kits de higiene e máscaras. A CFADS, especialmente por meio de ACSs e residentes, entrou em simbiose com o projeto, garantindo a equidade na lista de doações, e aproveitando para realizar ações de Educação em Saúde e de alerta à violência contra a mulher, vinculadas à campanha. Assim, a entrega da “cesta” não se tornou uma simples doação, mas um momento de ação social, com interlocuções, diálogo e acolhimento, além de divulgação de informações confiáveis de profissionais ligados à conhecida Fiocruz, junto às famílias mais afetadas.

A comunicação cara a cara, em situações vivas e dinâmicas. Como o exemplo vivido pela nossa equipe multiprofissional no Jacarezinho, as campanhas de vacinação mostraram-se aceitas e aproveitadas pela população, permitindo cenas com trabalhadores do tráfico sendo imunizados entre fuzis, pistolas e comércio de entorpecentes, enquanto até um macaco de estimação emergiu entre galhos e cabos, querendo compor a paisagem inusitada. Eis a ABS, em seu dever e labuta.

II – Comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Uma RAS é composta por diversos equipamentos: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), entre outros, sendo a UBS que se apresenta centralmente na RAS. Esses equipamentos estabelecem dinâmicas comunicacionais (obrigatórias, facultativas, formais ou informais) com intuito de facilitar o cuidado em saúde integral, universal e equânime.

A Pandemia de covid-19 afetou significativamente a relação comunicacional da RAS, principalmente devido à impossibilidade de encontros presenciais. O compartilhamento de casos com equipamentos da RAS foi um grande desafio para todos. Ao mesmo tempo, trabalhadores se reinventaram com apoio das redes sociais on-line. O CRAS de referência de nossa UBS, por exemplo, utilizou o aplicativo WhatsApp para se comunicar

com usuários, criando um grupo de trocas de dúvidas, angústias, arte e saberes entre os jovens cadastrados na unidade.

A presença da residência multiprofissional na CFADS se mostrou um grande diferencial na manutenção, construção e fortalecimento da comunicação interna e com a RAS. A partir de uma rotina não engessada, os residentes conseguiram trabalhar “através das brechas” das agendas, com busca de novos contatos, visitas, diálogo com novos profissionais, criação de grupos *on-line* ou presenciais, além de recepção de equipes de outros pontos da RAS na UBS:

Precisamos acreditar que a rede funciona, as vezes a gente fica tão desacreditado que não aciona as outras instâncias [...] mas é necessário fazer contato, isso ajuda a fortalecer o SUS¹⁰

O momento permitiu a criação de estratégias de comunicação e uso de novas ferramentas entre os equipamentos da RAS. A aproximação entre equipes, como a do Consultório na Rua, trouxe reflexões sobre a necessidade de uma comunicação amorosa e não violenta para com os usuários, a fim de se produzir saúde e sujeitos. Ou seja, uma comunicação que aproveite conflitos e dificuldades para aprimorar as relações interpessoais¹¹.

“Ainda não levei meu filho lá na clínica pra tomar e agora tô com medo delas brigarem porque eu não levei.” [...] Explico a mãe, que pode sim e para não sentir medo de levá-lo, mesmo que esteja atrasado o importante era que ele tomasse a vacina. Sorridente, me agradeceu.¹²

Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) e comunicação nas Clínicas da Família

O projeto do OTICS nasceu em 2010 com os objetivos de apoio à formação dos trabalhadores do SUS; à disseminação de dados e comunicação em saúde e à qualificação e gestão da informação em Atenção Primária à Saúde¹². De maneira geral, durante o período do estágio optativo o OTICS

promoveu oficinas como espaço de discussão das vulnerabilidades e riscos dos territórios, conforme divisão de equipes e microáreas.

Algumas sugestões e possibilidades de fortalecimento do trabalho do OTICS na comunicação em saúde são: 1) mapeamento de comunicadores nas UBSs e encontros para esses trabalhadores; 2) capacitações, cursos on-line e outras atividades educativas voltadas para o uso de redes sociais, comunicação não violenta, democratização da informação; 3) confecção compartilhada de um cronograma de atividades temáticas na ABS.

O papel da Coordenadoria de Área Programática (CAP)

Os apoiadores da CAP atuam no suporte às UBSs e aos demais equipamentos da RAS em termos de avaliação, monitoramento, planejamento de ações e soluções. Também ajudam a padronizar a utilização de ferramentas potentes que melhoram a comunicação, a gestão, a transformação de dados em informação e o geoprocessamento. Essa interlocução com a RAS não pode ser encarada como uma dinâmica dispensável, pois, como visto acima, ela, na verdade, garante a integralidade do cuidado e todos os princípios do SUS.

III – Conexões vivas: mídias sociais como ferramenta de comunicação da clínica com o território

Na ABS, observamos que o vírus acelerou uma transformação digital. Graças às novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), à mobilidade dos smartphones e à internet, os usuários digitais não são apenas participantes passivos diante do fluxo de informações. Eles comentam, produzem e compartilham conteúdo, afetando e integrando diferentes dimensões da vida, contribuindo com interações mais horizontais e fortalecimento de vínculos com usuários. A partir da entrada da equipe multiprofissional, a CFADS passou a utilizar ainda de maneira mais potente os dispositivos e as plataformas disponíveis nas redes sociais on-line, como WhatsApp, Facebook e Instagram, sendo estes, em geral, os mais utilizados no cotidiano de usuários e profissionais de saúde.

No início do estágio na CFADS, percebemos dificuldades no acolhimento e compartilhamento de mensagens confiáveis para os usuários. A inquietação resultou na elaboração coletiva dos residentes de um perfil próprio em uma rede social *on-line*, até então não explorada pela CFADS de maneira direta, o *Instagram*.

A expressão popular “Pé na Jaca” – que inspirou o perfil do *Instagram* – tem relação com uma ação de intensidade e ultrapassagem de limites. Ela ilustra bem o período dos residentes no Jacarezinho, pois apesar da inserção no território mais imprevisível e desfavorável, gerando aflição e medo, desde o início a equipe se engajou no propósito de fortalecimento da ESF no território. Assim, com o apoio da gerente, de docentes e da preceptora, além de trabalhadores da CFADS, iniciamos as publicações no perfil do *Instagram* @*Pe_no_Jaca* em março de 2020, de maneira leve, amorosa e respeitosa. Diante dos desafios impostos pelo isolamento social e da inexistência de campanhas educativas por parte dos órgãos oficiais, decidimos construir um perfil rico em imagens, vídeos, músicas e reflexões da equipe multiprofissional de residentes sobre o cotidiano da CFADS.

O levantamento de dados epidemiológicos em campo para um trabalho acadêmico do PRMSF proporcionou a intensa circulação dos residentes pelo território do Jacarezinho. Dessa forma, foi possível identificar necessidades e potencialidades sobre temas relevantes para criação de conteúdos para o perfil, além de contribuir para uma aprendizagem significativa, trocas entre outros perfis de saúde e reivindicações de melhorias para a CFADS, como a reforma da horta da clínica.

Até fevereiro de 2022 a conta @*Pe_no_Jaca* possuía 515 seguidores. Desses, segundo os dados disponibilizados pela plataforma, 79% são mulheres. A faixa etária predominante dos seguidores é de 25–34 anos. A maioria reside na cidade do Rio de Janeiro, seguido por São Paulo, Niterói e Nova Iguaçu.

É urgente e necessário avançar na discussão sobre as interfaces em comunicação em saúde na ABS, em especial sobre o uso das redes sociais *on-line*, incluindo direitos digitais^{13,14,15}.

IV – O remoto e a saúde digital: alternativas de comunicação com os usuários

Com a pandemia e respaldado em prerrogativas oficiais, diversos profissionais foram realocados em outras funções, entre elas uma das residentes, que estava grávida. A experiência foi marcada por processos de trabalho desenvolvidos remotamente, como a manutenção do Painel de Monitoramento dos Casos de Covid-19 no Jacarezinho e o telemonitoramento dos usuários.

Na CFADS, os números de casos divulgados diariamente pelas mídias oficiais pareciam não representar a realidade daquele local. Sendo assim, algumas UBSs incluídas em territórios de extrema vulnerabilidade e com diversos conflitos sociais, resolveram administrar seus próprios números, baseados nos atendimentos de sintomáticos respiratórios realizados, com um Painel de Monitoramentos dos Casos de Covid-19. Ao utilizar as informações coletadas pela CFADS, foi possível, de maneira rápida, produzir gráficos e outras formas visuais que facilitaram o entendimento da situação da pandemia no Jacarezinho.

Outra ferramenta potente de comunicação com os usuários da ABS foi o telemonitoramento. Ainda pouco utilizada nesse nível de atenção, a telessaúde proporcionou, para a Estratégia de Saúde da Família, a ampliação do seu escopo de serviços realizados de maneira presencial nas consultas, grupos e demais ofertas, agora em uma nova maneira de ser e existir também virtual.

Na CFADS, o telemonitoramento era realizado diariamente pelos profissionais de diferentes categorias, de acordo com a classificação (ACSs, residentes, NASE, enfermeiros, médicos, dentistas). Eram realizados contatos telefônicos com os usuários para autonotificação e com os que eram atendidos presencialmente pela equipe de resposta rápida da CFADS. Mas houve dificuldade com o telemonitoramento, como a inconsistência nos registros dos usuários, o número de telefone, bem como a deficiência da cobertura de rede de telefonia no território do Jacarezinho. Assim, passamos a utilizar o WhatsApp da CFADS e o de propriedade pessoal para ampliar a comunicação com esses usuários.

Por meio das ligações e mensagens de texto, percebia-se uma grande satisfação dos usuários, pois além do monitoramento de sua saúde, direcionávamos a atenção para aspectos biopsicossociais tendo em vista as diversas expressões da questão social que permeiam a vida dos sujeitos.

Vacinação contra covid-19: o problema dos sistemas de informações oficiais

Com a crescente demanda nas UBSs e diversos sistemas, planilhas e documentos a serem preenchidos, os profissionais ficaram visivelmente adoecidos física e emocionalmente, com destaque para os enfermeiros e técnicos de enfermagem que ficavam diretamente na campanha de vacinação. Havia certa burocracia pragmática para o controle dos registros e isso dificultava o serviço 100 vezes mais. A experiência de trabalho remoto gerou reflexões acerca de inovações no processo de trabalho não só durante a Pandemia de covid-19, mas no período pós-pandêmico.

Importante destacar que a telessaúde é uma modalidade de baixo custo e boa efetividade, sendo necessários investimentos em trabalhadores e ferramentas de qualidade, bem como capacitação e ambiência dos locais de trabalho e insumos.

V – Do negacionismo científico a infodemia de fake news: o que aprendemos com a comunicação em saúde

O brasileiro possui uma relação emocional com a vacinação ao longo dos 50 anos do Programa Nacional de Imunização (PNI) e seu sucesso é reconhecido internacionalmente. Atualmente contamos com um dos calendários vacinais mais complexos do mundo¹⁶. Para Pasternack¹⁷, “o brasileiro vê a vacinação como um direito e não como um dever!”

As medidas sanitárias preconizadas pela OMS demoraram a ser divulgadas nas grandes mídias e pelos governantes, principalmente pelo então presidente do país, que negava as recomendações feitas. Isto começou a desestabilizar a credibilidade e a confiança da população nas orientações dos profissionais de saúde.

Com o decorrer dos meses, o número de atendimentos, internações e óbitos por covid-19 aumentou exponencialmente. Enquanto os residentes caminhavam na comunidade para a realização de visitas domiciliares e idas aos pontos de vacinação externos, era notável que a adesão ao uso das máscaras e ao distanciamento social ainda era baixa no Jacarezinho.

A ideia de criar um perfil no Instagram para comunicar-se com a comunidade de maneira mais leve e interativa, foi uma forma que os residentes encontraram para atrair e mobilizar sentimentos e valores, promovendo acesso, acolhimento e vínculo, além de realizar divulgação científica segura para a comunidade.

O vaticínio da vacina

Os antivacinas há muitos anos usam os argumentos de negação de que as doenças apresentam um risco à vida humana e que, apesar da eficiência comprovada, os imunizantes não têm um papel benéfico para a população, pelo contrário, as vacinas poderiam causar doenças.

A demora em efetuar a compra da matéria-prima para a confecção das vacinas retardou o início da vacinação da população brasileira¹⁸. O anúncio do início da distribuição das vacinas animou boa parte da população. A entrega das vacinas na CFADS ocorreria dia 19 de janeiro de 2021, se não fosse por um plano de interceptação durante a entrega na UBS, afinal, todos queriam ser os primeiros a se imunizar.

Usualmente os profissionais conseguem perceber junto com os ACSs a situação do território, porém desta vez foi diferente, a informação veio diretamente da Polícia Militar. Nesta situação, a única solução viável seria fechar a clínica naquele dia e remanejar os profissionais para outras unidades.¹⁹

Com a chegada da vacina na CFADS, a prioridade naquele momento foi imunizar os profissionais de saúde e os idosos. Realizar a vacina na população sempre foi uma tarefa muito elementar, mas não naquela hora. Com as *fake news* que envolviam o novo imunizante, parte da população estava resistente.

É primordial que profissionais de saúde, que estão na ponta, utilizem dos preceitos de Paulo Freire para uma Educação em Saúde respeitosa e que faça o indivíduo refletir sobre sua fala com autonomia²⁰. Paralelamente, não podemos deixar de enfatizar que, após mais de um ano do início da vacinação no Brasil, muitos usuários ainda não tomaram a dose do imunizante, por razões fortemente ligadas ao negacionismo científico. É o exemplo de um senhor atendido na sala de multivacinação:

Não preciso da vacina da Covid. Eu me cuido muito, me alimento bem e todo dia tomo água com limão, a cura para o Covid é sabe o que? ALHO! [...] Nunca usei máscara.²¹

São necessárias estratégias para comunicar-se com a população, principalmente durante as consultas individuais. Construir um espaço acolhedor, seguro e de escuta para o usuário poder trazer suas questões. Quando nas consultas o usuário sente-se confortável e livre de constrangimentos, consegue dialogar sem temor, consolidando o cuidado humanizado em saúde. Ajustar as falas e construir conjuntamente o cuidado em saúde fortalece o vínculo com o sujeito e garante minimamente que os princípios do nosso Sistema Único de Saúde sejam respeitados.

Considerações finais

A vivência no período pandêmico e um olhar interessado nos fez ver com clareza o potencial comunicativo na ABS. As UBSs possuem uma ambiência receptiva, ou seja, os usuários se sentem seguros em expor sua condição: “Tia, eu trabalho no ‘movimento’, e tudo que tenho e que dou pra minha filha eu devo ao meu trabalho!”. As equipes profissionais têm vínculo e capilaridade no território, inclusive no território do *movimento*, onde a vacinação contra a covid foi muito bem aceita. Uma ACS e sua equipe multiprofissional podem acessar todas as vielas, becos e portas de sua comunidade assistida. O diálogo na vacinação, no “Posso Ajudar”, nas consultas, nas visitas domiciliares, a interlocução com outros equipamentos e coletivos no território: tudo denota a potencialidade e a necessidade da comunicação na ABS.

Apesar dessa riqueza de possibilidades, fartamente demonstrada no presente texto, percebe-se que muitas delas foram desenvolvidas de maneira espontânea e voluntária, por profissionais que já lidam com uma carga considerável de responsabilidades. Por conta disso, tais ações ficam suscetíveis a serem interrompidas e descontinuadas. Desta forma, uma maior sistematização poderia fortalecer e manter as iniciativas que já existem e permitir o incentivo de novas experiências comunicacionais nas clínicas da família/UBS. Isso seria possível com a ampliação de recursos profissionais e materiais para esta finalidade e com maior acesso e apropriação das ferramentas pela população em geral. A identificação e multiplicação do uso criativo das TICS também precisam ser estimuladas, além de reforçar os tradicionais grupos, painéis, pôsteres, boletins, entre outros. É fundamental o fornecimento de infraestrutura técnica para que o nível local desenvolva suas próprias iniciativas, com câmeras com boa resolutividade, material adequado para captação de áudio e programas de edição. Em outras palavras: diretrizes, insumos e aprimoramento profissional para a comunicação em saúde na ABS.

Com o maior acesso às novas tecnologias, as informações passaram a ser lançadas e repercutidas nas redes com grande volume e rapidez, sem que, no entanto, houvesse controle de qualidade destas mesmas informações. Foi assim que as *fake news* e o negacionismo científico começaram a ganhar força nas redes virtuais. Por isso é importante que os profissionais estejam alinhados com os protocolos e diretrizes da comunidade científica e organizações internacionais de direitos humanos, e assim, trabalhar em conjunto no combate às notícias fraudulentas. Também se faz necessário estar próximo às falas da população e utilizar os preceitos da Educação Popular para realizar esse trabalho. Sem dúvida, as ferramentas de comunicação devem ampliar o alcance da população às informações de qualidade.

A reivindicação por uma política nacional de comunicação para a ABS é válida e urgente. Sem essas diretrizes, a comunicação tende a se tornar algo pontual e espontâneo, na melhor das hipóteses. Essa normatização garantiria, além de recursos condizentes, formações, programas de incentivo,

desenvolvimento de observatórios para a temática e a imprescindível articulação com vozes locais. Seria um estímulo para que as unidades de saúde produzissem seus próprios conteúdos, a partir dos pressupostos da Informação, Educação e Comunicação (IEC) para o SUS, ou seja, produção de informação para amparar intervenções e modificar percepções sobre o serviço. Conteúdos esses que seriam personalizados com o linguajar local, aumentando assim a adesão aos serviços, aos debates e às ações do equipamento, sendo o cerne da produção de saúde e de sujeitos.

A Pandemia de covid-19 explicitou o fenômeno histórico, quando as comunidades mais vulneráveis contaram apenas com elas mesmas. Foi o caso do Jacarezinho e de tantas outras Brasil afora. Nesse momento de abandono social perverso, as forças ativas desses territórios, sobretudo os jovens, souberam usar o SUS a favor das mobilizações para mitigação dos efeitos do novo vírus. A comunicação criativa não foi uma simples ferramenta auxiliar: além da demonstração pura de vida e de coragem desses agentes históricos, os trabalhadores SUS, a comunicação mostrou-se um dispositivo estruturante fundamental na ABS.

Referências

1. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis*. 2020;30(2):e300232.
2. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988 Oct 5. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.03.2021/art_6_.asp. Acesso em: 6 set. 2021.
3. Stevanim LF, Murtinho R. Direito à comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
4. Fundação Oswaldo Cruz. Política de Comunicação da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
5. Cintra AMS, Mesquita LP, Matumoto S, Fortuna CM. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal Rev Psicol*. 2017;29(1):45–53.
6. Chassot CS, Silva RAN. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. *Psicologia Sociedade*. 2018;30:1-12.
7. Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(2):219–30.

8. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud Pesq Psicol.* 2019;19(1):223–37.
9. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina; 2009.
10. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública.* 1999;15:7-14.
11. Adriani PA, Hino P, Taminato M, Fernandes H. Construção de tecnologia educacional sobre comunicação não violenta entre profissionais de saúde: relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2022;76(4):1-6.
12. Carvalho CM. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: diário reflexivo de março de 2020. Rio de Janeiro: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; 2020.
13. Portal RIO Prefeitura [Internet]. OTICS-Rio. Rio de Janeiro: Governo da Cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://oticsrio.com.br/>. Acesso em: 6 set. 2021.
14. Stevanim LF, Murtinho R. *Direito à Comunicação e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
15. França T, Rabello ET, Magnago C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde Debate.* 201;43(1):106-15.
16. Cavalcante CC, Muzi D, Krapp J, Maria M. *PenseSUS e as redes sociais: a busca por estratégias de comunicação e os desafios para a democratização e descentralização do debate sobre o SUS.* RBPS. 2018;20(2):140-8.
17. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist Cienc Saude Mangunhos.* 2003;10:601-17.
18. USP Talks. Comunicação da Ciência | Natalia Pasternak [Internet]. YouTube. 2020 Jul 10 [cited 2024 Feb 1]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=T-SD6pedd88>.
19. Instituto Butantan [Internet]. São Paulo: Demora do Ministério da Saúde em comprar a vacina do Butantan afetou prazos de envio de matéria-prima; 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/demora-do-ministerio-da-saude-em-comprar-a-vacina-do-butantan-afetou-prazos-de-envio-de-materia-prima>. Acesso em: 6 set. 2021.
20. Silva QF. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: diário reflexivo de novembro de 2021. Rio de Janeiro: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; 2021.
21. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra; 2019.

OFICINA EDUCATIVA COMO FERRAMENTA DE EXPANSÃO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Claudia Aparecida dos Santos Tatagiba**
Ernani Costa Mendes**

Introdução

Este foi um trabalho de conclusão do curso de Especialização em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). A escolha da oficina educativa se deu pelo fato de ser uma ferramenta usada na Educação Permanente em Saúde, que se trata basicamente do processo de aprendizagem no trabalho, ou seja, uma educação ativa que proporciona a construção conjunta do saber, levando ao crescimento profissional e análise crítica do conhecimento. É também uma ferramenta facilmente aplicável e replicável. O tema escolhido foi Cuidados Paliativos. Sabe-se que há dificuldade de inclusão dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde pela falta de compreensão dos profissionais acerca deste tema¹. É crucial expandir os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde, dada a escassez ou inadequação da formação sobre esse tema nos currículos de graduação em saúde. “Os Cuidados Paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto”².

O conceito de “Cuidados Paliativos” foi redefinido pela Organização Mundial de Saúde em 2002 como:

* Especialista em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. claudiatatagiba@yahoo.com.br

** Doutor em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ernanicmendes@gmail.com

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual³.

Tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a responsável pelo acompanhamento do usuário por todo o processo de adoecimento, se faz urgente que os profissionais que atuam nesse nível de atenção à saúde estejam preparados para executar também mais esse tipo de cuidado quando for necessário⁴. A OMS³ complementa dizendo que “essa função se torna primordial quando se trata de usuários portadores de alguma enfermidade crônica, o que exige ainda mais das unidades de saúde e consequentemente de seus profissionais para o acompanhamento dessas pessoas”.

Recentemente, no Brasil, foi “lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), para o decênio 2011–2022, que as aponta como um problema de grande magnitude”⁵.

Uma das formas de se preparar para este cenário é a educação e, corroborando essa ideia, Mendes⁶ diz:

É necessário valorizar uma formação que vise a integração das disciplinas, que oferte disciplinas de ciências sociais nos estágios iniciais da graduação, para permitir aos alunos verem além dos pacientes individuais, e criar sistemas de educação permanente ao longo de toda a vida.

A APS desempenha um papel essencial no cuidado e na orientação dos pacientes; entretanto, quando se trata de Cuidados Paliativos, observa-se um grande desconhecimento sobre o assunto. Isso requer uma intervenção de iniciação/sensibilização para transformar o processo de trabalho, visando à melhoria e à qualidade das ações, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O projeto de intervenção foi executado nas quatro Estratégias Saúde da Família do Município de São José de Ubá (RJ). É uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, pertence ao Noroeste Fluminense, com a maioria de sua população vivendo no campo em pequenas propriedades ou vilarejos (vilas).

Sua população é essencialmente rural e a grande maioria dos habitantes da Zona Rural é composta por trabalhadores rurais ligados ao plantio de tomate, pimentão, pepino entre outros produtos em menor proporção e a pecuária leiteira. Em 2014, a população aferida pela estimativa do IBGE foi de 7.175 habitantes. Os nascidos na cidade recebem a denominação de ubaenses⁷.

A Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre as práticas dessas equipes⁸. E sendo a Atenção Primária a responsável pelo acompanhamento do adoecimento do usuário do SUS, reconhecemos a necessidade de habilidades específicas e olhar ampliado sobre o sujeito/família para inserir os Cuidados Paliativos neste nível de atenção. O que se faz preciso e necessário, é dar atenção e formação a esses profissionais para a efetividade dessa assistência.

A OMS, recomenda ampliar o acesso de pacientes aos serviços de Cuidados Paliativos, tornando necessária uma discussão maior sobre a área durante a formação médica, além do desenvolvimento de políticas públicas que incluam as ações em Cuidados Paliativos na Atenção primária e o treinamento dos profissionais de saúde já formados, para ser possível proporcionar melhor qualidade de vida e de morte⁹.

Acerca dos Cuidados Paliativos, Queiroz¹⁰, afirma:

Do ponto de vista técnico e organizacional, os serviços de atenção primária, para desempenhar o papel de coordenação do cuidado, necessitariam de um quadro técnico-profissional com maior competência para realizar alguns procedimentos importantes no domicílio, além de dispor de recursos materiais básicos, tais como medicamentos e outros insumos necessários à melhoria do conforto do doente.

A educação em Cuidados Paliativos é uma das diretrizes da OMS para superar as barreiras relacionadas à implementação desses cuidados. Como ressalta a OMS, educação para implementação. Assim, querendo conhecer o nível de conhecimento sobre Cuidados Paliativos foi perguntado aos profissionais das quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre qual palavra vinha em suas mentes quando ouviam falar em Cuidados Paliativos, a palavra mais citada foi morte. Compreende-se, portanto, a grande necessidade de realizar uma oficina que apresente conceitos verdadeiros e reais sobre esse tipo de cuidado, o qual ainda é amplamente estigmatizado. Antes de oferecer um cuidado é necessário entendê-lo e comprometer-se com seus princípios.

Trabalhar Educação Permanente com as quatro Estratégias de Saúde da Família, promovendo o conhecimento sobre Cuidados Paliativos, assim como promover mais a disseminação de informações sobre Cuidados Paliativos na sociedade, por meio de encontros comunitários, coloca este projeto em consonância com a Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018:

Art. 3º A organização dos Cuidados Paliativos deverá ter como objetivos: I - integrar os Cuidados Paliativos na rede de atenção à saúde; II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar; IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de Cuidados Paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde; V - ofertar educação permanente em Cuidados Paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; VI - promover a disseminação de informação sobre os Cuidados Paliativos na sociedade¹¹.

Metodologia

O estudo aconteceu a partir de um projeto de intervenção, que foi a aplicação de uma Oficina Educativa, utilizando-se das metodologias ativas, ancorada na Política de Educação Permanente. Desenvolvida na Atenção Primária, com as quatro equipes que compõe a Estratégia Saúde da Família do município de São José de Ubá, região noroeste do estado do Rio de Janeiro.

O objeto “farol” foi o escolhido como tema lúdico da oficina. Assim como o farol é sempre construído em rocha firme, os Cuidados Paliativos são fundamentados em princípios igualmente fortes. O farol está em constante vigilância, mostra o caminho a quem se perdeu, um “olhar” em 360°. O farol orienta a chegada e a partida, passa por calmarias e tempestades e sempre está lá, dando segurança àqueles que enfrentam o mar. Assim são os Cuidados Paliativos! São norteadores, enxergam o indivíduo em sua plenitude, estão atentos à prevenção, em constante vigilância, às vezes na calmaria ou na tempestade do “mar da vida”.

As etapas do desenvolvimento dos objetivos do estudo foram: levantar a discussão no Conselho Municipal de Saúde do município sobre os Cuidados Paliativos e reconhecer ações possíveis de serem implementadas, promover o conhecimento mais amplo sobre o tema Cuidados Paliativos com os munícipes em espaços comunitários e sensibilizar os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde para os Cuidados Paliativos.

Para começar, foi feita uma solicitação verbal à Secretaria Municipal de Saúde de uma pauta na reunião do Conselho Municipal de Saúde para apresentação do tema Cuidados Paliativos.

A apresentação do tema ocorreu por meio da apresentação em PowerPoint contendo os seguintes tópicos:

Quadro 1. PowerPoint apresentado para a Secretaria Municipal de Saúde

1	Conceito de Cuidados Paliativos segundo a OMS;
2	Conceito de eutanásia, distanásia e ortotanásia;
3	Conceito de dor total;
5	Cuidados Paliativos defendem que não há paciente fora de possibilidade terapêutica;
6	Os seis princípios norteadores dos Cuidados Paliativos: <ul style="list-style-type: none"> • Promover o alívio da dor e de outros sintomas; • Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; • Não acelerar nem adiar a morte; • Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; • Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; • Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.

7	Quais são os ganhos na implementação desse cuidado?
8	Vamos pensar juntos? O que podemos fazer?

Fonte: elaborado pelos autores.

Para a sensibilização dos profissionais de saúde, foi planejada e executada uma oficina educativa, dividida em dois dias/encontros, com duração de três horas cada. Todos os profissionais das quatro Equipes Saúde da Família foram convidados a participar, tendo a liberação da gestão para que sua unidade pudesse ser fechada durante a oficina. Sendo assim, optamos em unir duas Estratégias Saúde da Família em cada dia para que as outras duas pudessem estar abertas em atendimento à comunidade.

Logo, ao final do primeiro dia da oficina educativa em Cuidados Paliativos, percebendo uma grande sensibilização em relação ao tema, foi abordada a agente comunitária de saúde da Vila Santo Antônio do Colosso, questionando se poderia colaborar na organização e participação de um encontro sobre Cuidados Paliativos nesta comunidade. Ela prontamente se colocou à disposição e foi agendado na comunidade este encontro, que teve 1h30min de duração. Antes da apresentação do tema, foi perguntado à comunidade se conheciam este tema e o que entendiam acerca dele. E, a cada conceito discutido foram ouvidas as dúvidas e respondidas as questões dos participantes, enriquecendo assim a efetividade do encontro.

No primeiro dia de oficina, trabalhamos da seguinte maneira:

Quadro 2. 1º Encontro: descrição do momento da oficina

ATIVIDADE	TEMPO
Acolhida, apresentação do facilitador e esclarecimento dos objetivos pessoais e profissionais com a oficina (Será dispensada a apresentação do grupo porque todos são conhecidos).	5'
Devolutiva da proposta enviada via WhatsApp (Qual palavra vem à sua mente quando ouve falar em Cuidados Paliativos?).	10'
Dispositivo disparador – Curta: O pato, a morte e a tulipa	15'

Apresentação do tema Cuidado Paliativo (Power Point).	30'
Roda de conversa unindo os novos conceitos adquiridos à prática do nosso cuidado hoje.	15'
Aplicação da dinâmica: Elizabeth Kübler-Ross – Sobre DOR TOTAL: “E se fosse você?”. Depois, momento de partilha.	15'
INTERVALO	15'
Apresentação breve de algumas escalas de avaliação em Cuidados Paliativos (NECPAL, KPS e PPS).	30'
Prática: aplicar a escala PPS em algum usuário conhecido das unidades (Usando o aplicativo “CUIDADOS PALIATIVOS”, desenvolvido pelo Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da UFMG).	15'
Encerramento: leitura do poema “A morte não é nada”, de Santo Agostinho – Anexo 2.	10'
Lanche e entrega das lembranças.	20'
TOTAL	3 horas

Fonte: elaborado pelos autores.

Para o segundo encontro preparamos os seguintes tópicos:

Quadro 3. 2º Encontro: descrição do momento da oficina

ATIVIDADE	TEMPO
Boas-vindas e acolhida.	5'
Devolutiva da oficina passada.	5'
Música: A chalana, de Almir Sater	10'
Devolução sobre o olhar aos pacientes mais complexos.	5'
Dispositivo disparador: “Imagens da morte” para reflexão sobre perspectivas diferentes sobre o tema – Anexo 3.	10'
Como cada um de nós enxerga a morte? Momento de troca!	15'
Diretiva antecipada de vontade (PowerPoint).	30'
Prática: construir sua diretiva antecipada de vontade.	20'
INTERVALO	10'
Discussão sobre a construção.	20'
Conclusão: curta A casa de pequenos cubos.	15'
Devolutiva da oficina.	10'

Respondendo o questionário de avaliação da oficina.	5'
Encerramento com lanche e entrega das lembranças.	20'
TOTAL	3 Horas

Fonte: elaborado pelos autores.

Era preciso registrar o impacto da oficina nos profissionais das quatro Estratégias Saúde da Família, assim, no último momento do segundo dia de oficina, foi aplicado um questionário quantitativo para avaliação da oficina e de seu impacto no trabalhador. Este questionário teve o objetivo de avaliar se a oficina cumpriu o seu papel em contribuir para a expansão dos Cuidados Paliativos, além de avaliar a qualidade do evento para possíveis melhorias nas próximas edições. Também buscou identificar o interesse dos profissionais das quatro Estratégias Saúde da Família em receber capacitação em Cuidados Paliativos. Este último dado será analisado e apresentado à gestão municipal de saúde para oferecer essa capacitação.

Resultados e discussão

A reunião com o Conselho Municipal de Saúde do município de São José de Ubá (RJ) aconteceu no dia 31 de março de 2022. A pauta dos Cuidados Paliativos foi a primeira do dia. Foi feito um agradecimento formal pelo apoio da Sra. secretária de Saúde e da coordenação da Atenção Primária à Saúde. Após explanar os slides propostos, abriu-se discussão acerca do tema.

Os conselheiros presentes mostraram-se interessados no tema e deram exemplos de casos familiares que estariam elencados aos Cuidados Paliativos. Fomos questionadas, a secretária de Saúde e eu, se já implementaríamos este cuidado no município. Foi explicado que trabalharíamos para tal, mas que inicialmente será preciso fazer um trabalho de sensibilização sobre o tema. Citando que este trabalho já teve início com o primeiro dia de oficina para os trabalhadores das ESF's.

Uma conselheira pontuou que os familiares precisam receber informações sobre esses cuidados. Essa observação foi prontamente respondida aos presentes, informando que já está agendado um encontro para a comunidade

da Vila Santo Antônio do Colosso. Corroborando com esta fala da conselheira e a ação proposta na Vila, Meneguim e Ribeiro¹² dizem que no âmbito da ESF, a comunicação é fundamental para as atividades de Educação em Saúde, cujo propósito é estimular e instrumentalizar o autocuidado, por meio de reflexões e ações que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários.

Uma advogada presente na reunião parabenizou a iniciativa, uma vez que se trata de um assunto “tão atual e importante”, segundo suas palavras. A mesma questionou se existia verba específica para a implementação desse cuidado. Tendo como resposta uma negativa, sendo que os Cuidados Paliativos estavam inseridos em outros programas, sendo necessário o estudo e avaliação do custo-benefício para o município a sua implementação.

Observa-se que o Ministério da saúde consolida oficialmente os Cuidados Paliativos, através de duas Portarias. A primeira foi a de nº 881, de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar, no qual propõe estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos; e a segunda foi a de nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, que estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, inserindo dentre suas modalidades de assistência os Cuidados Paliativos⁴.

Assim, encerrou esta participação, seguindo a reunião com outras pautas.

Na realização do primeiro dia da oficina, eram esperados cerca de 60 profissionais pertencentes às duas Equipes de Estratégia Saúde da Família, compareceram 33 profissionais.

Uma semana antes da realização da oficina, por meio do grupo de WhatsApp das Equipes de Estratégia, foi lançada a seguinte pergunta: qual palavra vem a sua mente quando ouve falar em Cuidados Paliativos? A palavra que chegaram em maior número foram morte, amor, remediar, alternativos, resguardar, sem medicação, qualidade de vida, amparo e amenizar a dor.

No uso corrente, o termo paliativo tem uma conotação de inutilidade, ineficácia. Ao contrário, os Cuidados Paliativos são os únicos verdadeiramente

úteis ao paciente que está morrendo, uma vez que o protegemos do sofrimento evitável, salvaguardando sua dignidade como pessoa até seus últimos momentos¹³.

Durante a apresentação do tema, os profissionais mostraram-se bastante interessados e atentos. Marcucci¹⁴ relembra uma recomendação da OMS para a ampliação do acesso aos serviços de Cuidados Paliativos, que é estimular o treinamento dos profissionais de saúde nesta área. Foram poucos os que mostraram nenhum interesse. Brasil¹⁵ diz que o processo de aprendizagem acontece durante toda a vida, sendo baseado em interesse individual, motivação, valores e competência.

Houve muitas trocas nestes dois dias da oficina; por um lado, conceitos novos para alguns e, por outro, muita sabedoria adquirida e um olhar atento construído por longa data. A Educação Permanente desempenha sua função quando está envolvida em uma prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho⁸.

O momento mais marcante desta oficina foi a realização da dinâmica sobre dor total “E se fosse você?”. Houve muitas contribuições pertinentes e bastante reflexivas sobre o tema. O que vai de encontro com a Política Nacional de Educação Permanente, que em sua metodologia de aprendizagem, baseada em problemas, diz que se faz necessário que, durante o aprendizado, o aluno seja colocado diante de situações-problemas, para que, a partir delas, ele possa construir “árvores de opções”, por meio de uma linha lógica reflexiva, chegando aos procedimentos adequados para cada realidade apresentada⁸.

Já no fim do primeiro dia de oficina, foi solicitado à agente comunitária de saúde da Vila Santo Antônio do Colosso, para marcar uma oficina naquela vila. É uma vila com aproximadamente 80 pessoas. Sendo esta vila a mais distante da cidade e com características muito propícias a este trabalho, pois é uma comunidade muito ativa. Compareceu um total de 11 pessoas da comunidade e quatro da equipe de saúde. Marcado para ter início às 13h30min e término às 15h, no salãozinho da capela local.

Para Brasil¹⁶ é essencial desenvolver ações de Educação em Saúde com uma abordagem dialógica, emancipadora, participativa e criativa, que promova a autonomia do usuário como sujeito de direitos e autor de sua própria jornada de saúde e doença. Além disso, é importante promover a autonomia dos profissionais de saúde, permitindo que possam reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais. Ouvir o outro é muito importante no que tange a Educação Popular em Saúde, mas, também, o compartilhamento de conceitos e a apresentação dos Cuidados Paliativos, como uma conscientização de um “cuidar diferente”, um olhar diferente sobre o sujeito que padece. Paulo Freire, em atos de compartilhamento, afirma que a “conscientização é um compromisso histórico”, implicando o engajamento de homens que “assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo”¹⁶.

Assim sendo, quanto mais pessoas conhecerem e reconhecerem o direito de darem e de receberem este cuidado é que conseguiremos avançar na Política dos Cuidados Paliativos. Os avanços no modelo organizativo do SUS somente gerarão o impacto desejado se houver o fortalecimento concomitante dos dispositivos democratizadores da participação popular na política de saúde, dentre os quais a EPS merece evidência¹⁶.

Ao entrarmos no conceito de dor total, foi o momento em mais houve troca de saberes. Todos puderam dar sua contribuição na construção do conceito. Brasil¹⁵ coloca que um elemento fundamental do seu método (a Educação Popular em Saúde) é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior do educando.

E assim, concluímos nossa oficina na vila com a construção de um “saber novo” feito como uma colcha de retalhos onde cada um pode colocar o seu “pedacinho”.

Antes de acontecer o segundo encontro da oficina, uma enfermeira se manifestou dizendo estar pensando muito nos usuários que chegam dos hospitais após alguma intervenção cirúrgica ou tratamento, principalmente de câncer, sem nenhum encaminhamento e muitas vezes sem orientação. Não ocorre comunicação deste hospital com a Estratégia, o que prejudica o fluxo e o

cuidado. Corroborando, Oliveira¹⁷ diz que, desse modo, é importante estruturar os caminhos que o paciente percorrerá, organizando os Cuidados Paliativos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas linhas de cuidado, para garantir a integridade e a continuidade assistencial a partir do reconhecimento das demandas dos pacientes e das famílias.

Este é um ponto que também já foi abordado com a Secretária de Saúde. Será preciso organizar esse fluxo. Acordamos em marcar uma reunião com este hospital. Bom, o trabalho continua!

Na realização do segundo dia da oficina, eram esperados cerca de 60 profissionais pertencentes às duas Equipes de Estratégia Saúde da Família, compareceram 25 profissionais.

O segundo encontro da oficina educativa começou com uma fala muito importante de uma ACS quando foi pedido uma devolutiva da oficina passada. Começou dizendo que antes, quando alguém de sua área morria, ela se sentia muito deprimida, afinal, disse ela, criamos vínculo. Continuando, complementou que depois daquela “oficina” as coisas ficaram diferentes, citou como exemplo o caso da D. M. que morreu e que ela não se sentiu deprimida. Diz que no começo achou até estranho, e que até se perguntou se não estaria ficando com o coração duro? Mas, complementou dizendo que não, e que esse sentimento, ocorreu porque havia entendido que a morte chegará para todos, e que aquela havia sido a hora dela. Continuou dizendo que, além do mais, a paciente havia descansado de muito sofrimento, que havia feito tudo que podia por ela. Essa fala, já sendo uma resposta positiva do primeiro dia de oficina, vai ao encontro com uma pontuação de Queiroz¹⁵, que diz, que o compromisso com a qualidade de vida dos doentes e cuidadores familiares supõe uma formação específica por parte dos profissionais e a organização de serviços adequados para atuar nessas situações.

Trabalhar as Diretivas Antecipadas de Vontade foi muito importante, pois vimos quantas dúvidas os profissionais têm no que diz respeito ao direito do indivíduo, principalmente de o idoso decidir sobre seu cuidado. Foi um momento de muitas perguntas. Combinato¹⁸ nos ajuda a entendermos um pouco tantos questionamentos, quando nos fala que promover qualidade de vida durante o

processo de morte exige dos profissionais algum desprendimento das próprias convicções e valores para atender os valores e desejos dos pacientes e familiares. O autor nos sugere “perguntar, ao próprio paciente, se suas necessidades foram atendidas e ficar atento a como ele fala de sua própria dor e sofrimento”.

Ao final dessa oficina educativa sobre Cuidados Paliativos, a análise da terceira pergunta do questionário, que era sobre a ajuda da oficina quanto a entender mais sobre o tema Cuidados Paliativos, 100% responderam que sim. A educação não é mera transmissão de dados para uma massa uniforme, mas instrumento de protagonismo, conhecimento e transformação da realidade do indivíduo e da sociedade¹⁹.

O Panorama do questionário foi: 100% dos trabalhadores das quatro ESF's que participaram da oficina relataram que a oficina educativa em Cuidados Paliativos os ajudou a entender mais sobre o tema; 81% dos que participaram da oficina relataram que a oficina educativa em Cuidados Paliativos foi excelente; 19% disseram que foi boa; nenhum trabalhador classificou a oficina como ruim.

A última pergunta do questionário abordava o interesse em se capacitar sobre este tema e 90% dos trabalhadores desejavam participar das capacitações. São os seguintes profissionais: quatro enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, um técnico de saúde bucal, uma psicóloga, uma nutricionista, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, um motorista e sete agentes comunitários de saúde. Maciel¹³ já nos diz que há uma grande diversidade quando se fala em Cuidados Paliativos. Torna-se necessária a existência de diferentes níveis de educação para as diversas profissões da área de saúde, de acordo com as necessidades de cada um e a especificidade de cada profissão.

Considerações finais

Dos 40 profissionais que estiveram na oficina, 16 completaram as seis horas, ou seja, participaram dos dois dias propostos para a oficina.

Foi observado que os trabalhadores que participaram apenas do segundo dia da oficina, sem terem participado do primeiro, encontraram dificuldades em

acompanhar o conteúdo apresentado. Aponta-se aqui uma falha na execução, pois Costa Neto⁸ nos alerta sobre a organização do currículo que deve seguir uma lógica que facilite o processo de aprendizagem, colocando como exemplo, que alguns conteúdos são pré-requisitos para a entrada de outros.

Estes dados serão levados à coordenação da Atenção Primária à Saúde, assim como à gestão municipal de saúde para elaboração de um plano para conseguirmos executar essa capacitação. O planejamento de um processo de Educação Permanente precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos⁸. Nosso projeto de intervenção teve um desfecho positivo, conforme nossa avaliação, pois conseguimos abordar um tema de saúde que nunca tinha sido tratado no município, gerando mobilização e conscientização. Nossa proposta é dar continuidade aos encontros para discutir os Cuidados Paliativos em outras vilas, bem como em espaços religiosos e unidades de saúde que estejam abertos à nossa iniciativa. Dessa forma, buscamos conscientizar a população sobre essa forma de cuidado, capacitando-a para que, com seu poder de voz, contribua na construção de políticas públicas para a implementação desses cuidados no município. Trazer a Educação Popular para um plano institucional significa muito para a construção do SUS que queremos em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social¹⁵.

Referências

1. Carvalho GAFL, Menezes RMP, Enders BC, Teixeira GA, Dantas DNA, Oliveira DRC. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos Cuidados Paliativos no contexto da Atenção Primária. *Texto contexto - enferm.* 2018;27(2):e5740016.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
3. World Health Organization. National cancer control programmers: Policies and managerial guidelines. 2 ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Melo MO. Equipe multiprofissional e Cuidados Paliativos: Interfaces para promoção da saúde na atenção básica [dissertação de mestrado]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2017. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3040>. Acesso em: 20 abr. 2024.
5. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários

do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(106):881-892.

6. Côbo VA, Fabbro AL, Parreira AC, Pardi F. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Perspectiva dos profissionais de saúde. *Academia paulista de psicologia*. 2019;39(97):225-235. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2176-3038.20190017>.
7. Wikipédia, a enciclopédia livre [Internet]. São José de Ubá. In: Wikipédia, a enciclopédia livre. São Francisco: Wikimedia Foundation; 2022. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%A3o_Jos%C3%A9_de_Ub%C3%A1&oldid=62740632. Acesso em: 20 abr. 2024.
8. Costa Neto MM, organizador. Educação Permanente. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
9. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Rev bras educ med*. 2019;43(3):62-72.
10. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais sobre os cuidados no final de vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(9):2615-2623.
11. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: Diário Oficial da União. 2018.
12. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos na Estratégia da Saúde da Família. *Texto contexto – enferm*. 2016;25(1):e3360014.
13. Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM, Burlá C. Critérios de qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
14. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(2):145-152.
15. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
16. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Oliveira T, Bombarda TB, Moriguchi CS. Fisioterapia em Cuidados Paliativos no contexto da atenção primária à saúde: ensaio teórico. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019;27:427-431.
18. Combinato DS, Ferreira Martins ST. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *Mundo da Saúde*. 2011;36(3):433-441. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/73427>.
19. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

OFICINAS PEDAGÓGICAS COM PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESSIGNIFICANDO AS REUNIÕES DE EQUIPE

Daiane Mayara Alves**
Flávia Carotta**

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma importante ferramenta para a implantação, efetivação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as várias atividades que a Equipe Saúde da Família (ESF) desenvolve, a reunião de equipe é considerada de grande importância, em virtude de ser um momento oportuno para discutir coletivamente a problemática do trabalho, priorizar as ações e intervenções a serem realizadas no território, usuários e equipe, viabilizando a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde¹.

A realização de reuniões periódicas para discussão conjunta sobre o planejamento, gerenciamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde, com todos os membros da equipe, é uma atribuição dos profissionais atuantes nas ESF, definida por normativas nacionais².

Na maioria das unidades de ESF, a equipe é composta por no mínimo um médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); podendo fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar administrativo e de limpeza².

* Especialização em Educação Permanente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. day.malves@hotmail.com

** Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fcarotta@gmail.com

Para atingir o ideal de profissional que se busca para o SUS, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é um importante método proposto pelo Ministério da Saúde, pois trabalha ferramentas que buscam a aprendizagem significativa e a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos trabalhadores da área da saúde. Além disso, é cheia de valores e significados, busca uma formação integral e contínua e possibilita mudanças no processo de trabalho. As ações de EPS devem ser elaboradas considerando as necessidades observadas de cada equipe³.

Dentre as várias ferramentas disponíveis para a Educação Permanente em Saúde, a metodologia das oficinas pedagógicas é considerada um recurso relevante para a construção de conhecimento a partir da ação e da reflexão, unindo a teoria com a prática⁴.

As oficinas oferecem uma base sólida de fundamentos e aprendizados, destacando-se pela combinação de ação e reflexão por meio de diversas perspectivas e saberes sobre a realidade discutida. Elas proporcionam uma oportunidade única para experienciar situações concretas e significativas, visando à construção e aplicação de conhecimentos tanto teóricos quanto práticos, de maneira ativa e reflexiva. É importante ressaltar que, mesmo assim, mantém-se o foco na fundamentação teórica⁴.

No momento dos encontros, não é o mediador quem ensina, mas é quem vai estimular que os participantes busquem o entendimento e construam o conhecimento, sendo, portanto, uma abordagem centrada no aprendiz e na aprendizagem⁴.

Ao pensar em otimizar esses espaços, podemos colocar em prática outras metodologias, articulando-as e aproveitando o melhor de cada uma. Por meio da combinação destas ferramentas, é possível estruturar e desenvolver a teoria e a prática, obter o diagnóstico da situação, entender a priorização e solução de problemas, compreender a determinação dos nós críticos e a consequente determinação de ações para superá-las. Assim, foram selecionadas três ferramentas para serem aplicadas durante as oficinas pedagógicas nas reuniões de equipe, sendo elas o Arco de Magueréz, a Roda de Conversa e a Árvore de Problemas.

A problematização com o uso do Arco de Maguerez tem a realidade como o ponto de partida e de chegada, segue as etapas de observação dessa realidade, definição de pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade; que serão explicados com mais detalhes na metodologia⁵.

Para a construção da árvore, podemos dispor de várias técnicas. Uma delas é a tempestade de ideias, que consiste na reunião de uma equipe multidisciplinar para a discussão de um problema real, na qual os participantes apontam várias ideias, obtendo um grande número de possíveis contextualizações, soluções e abordagens, identificando causas, consequências e soluções⁶.

As Rodas de Conversas são importantes ações de Educação Permanente que possibilitam a abertura de espaços de encontro, diálogo, escuta e troca entre os trabalhadores. Elas propiciam abertura para se expressarem e, principalmente, escutarem os outros e a si por intermédio de compartilhamento de experiências, conversas, discussões e divulgações dos conhecimentos⁷.

É importante dizer, que este estudo é fruto do projeto de intervenção apresentado à Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Educação Permanente, no qual foi proposta a realização de oficinas pedagógicas com uma Equipe de Saúde da Família durante o período de reunião de equipe. Essa ação pretendeu explorar o processo de planejamento e organização das oficinas e também as metodologias empregadas, na expectativa de que esse feito se consolide e se desdobre em novas ações.

Metodologia

O relato aqui apresentado nasceu do resultado da elaboração, aplicação e avaliação do conjunto de quatro oficinas pedagógicas realizadas durante as reuniões de equipe em uma unidade de Estratégia Saúde da Família localizada no município de Registro, interior do estado de São Paulo, no período de janeiro a março de 2020.

O município de Registro (região situada no sul do estado de São Paulo e ao leste do estado do Paraná) fica localizado na região do Vale do Ribeira, interior do estado de São Paulo, Brasil. Essa região é formada por

23 municípios, sendo 22 considerados de pequeno porte e apenas Registro é considerado de médio porte com população estimada de 56.463 habitantes⁸.

Com o objetivo de administrar com eficácia a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a assistência estava organizada em três distritos de saúde formados pelas Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde e Unidades Distritais de Saúde. De acordo com a Secretaria Municipal de saúde (SMS) de Registro, em 2020 a cidade possuía 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada uma delas sediada em uma USF e com cobertura aproximada de 94% da população.

A rede pública municipal de saúde contava também com a Sede Administrativa da SMS, uma Unidade de Vigilância em Saúde, que abrigava a vigilância sanitária e epidemiológica; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) modalidade I; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Centro de Especialidades Médicas (CEM) e um Centro de Fisioterapia. O município é sede do Hospital São João, do Hospital Regional e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), todos de responsabilidade do Estado.

Vale ressaltar que o objetivo deste conteúdo é servir de inspiração para enxergar outras maneiras de exercitar de forma prática e consistente alguns temas relacionados ao processo de trabalho e reuniões de equipe, trata-se de uma proposta adaptável à realidade local de cada região e quadro de funcionários.

A equipe em questão, era formada por um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal, um auxiliar administrativo, um auxiliar de limpeza e onze agentes comunitários de saúde.

Todos os profissionais atuantes nesse quadro foram convidados a participar das oficinas que ocorreram durante as reuniões de equipe e na própria unidade de saúde, com a utilização do espaço e dos materiais disponíveis, como, por exemplo, flipchart, canetas, papel sulfite, entre outros.

Os temas abordados foram cuidadosamente selecionados para refletir a realidade e as necessidades específicas do grupo de indivíduos envolvidos,

garantindo uma oportunidade valiosa para reflexão e investigação com base nos acontecimentos e experiências do dia a dia profissional.

Para a criação do material, foram seguidos os pressupostos metodológicos e pedagógicos da problematização, sendo aplicada a metodologia de roda, considerada uma importante ferramenta que busca a construção de espaços coletivos e que possibilitou o melhor aproveitamento da Árvore de Problemas e também do Arco de Magueréz.

As oficinas foram conduzidas, majoritariamente, pela metodologia do Arco de Magueréz (Figura 1) que seguiu cinco etapas essenciais: (1) observação da realidade (definição do problema), (2) definição dos pontos-chave, (3) teorização, (4) levantamento de hipóteses de soluções e (5) aplicação à realidade⁵. Foi sugerida uma avaliação no final de todo o processo, a qual é considerada uma etapa essencial, pois foi o momento de avaliar se os objetivos foram alcançados, detectar os erros, os acertos e identificar outros pontos importantes.

Figura 1. O Arco de Magueréz⁹



Fonte: Marchiori, Trelha, Fujisawa, 2012⁹.

1) Observação da realidade e definição do problema: a equipe foi estimulada a apresentar livremente suas percepções sobre os problemas e nós críticos percebidos na unidade, e classificá-los conforme as prioridades e governabilidade^{5,9,10}.

2) Definição de pontos-chave: aqui, os participantes foram incentivados a adotar uma postura crítica e a iniciar uma reflexão profunda sobre os possíveis determinantes e causas do problema em questão. Isso envolveu a identificação de diversos fatores associados ao problema, com o objetivo de alcançar uma compreensão mais abrangente e aprofundada do mesmo. Nessa etapa, foi feito um manejo em conjunto com a metodologia de *Árvore dos Problemas*^{5,9,10}.

3) Teorização: houve aprofundamento dos participantes no problema real percebido e nas observações diretas da realidade em foco, com o intuito de alcançar o conhecimento necessário para propor soluções na etapa seguinte. Na perspectiva dos pontos-chave elencados, estudaram o tema investigando a possível origem, relação e interferência de cada um dos pontos-chave, buscaram informações e analisaram para obter êxito em responder ao problema. Foi o momento de construir respostas mais elaboradas e usufruir de todos os materiais, dados e conhecimentos disponíveis^{5,9,10}.

4) Hipóteses de solução: todo o conteúdo produzido até essa etapa serviu de base para a transformação da realidade. De acordo com as reflexões realizadas nas anteriores, elaboraram hipóteses de solução para o problema, tendo em vista o recorte da realidade. Essa é a fase em que a criatividade e a originalidade foram estimuladas^{5,9,10}.

Ao elaborar as hipóteses de solução, os participantes confrontaram suas ideias, experiências, expectativas, conhecimentos teóricos prévios, suas propostas com os dados disponíveis e o momento oportuno de transformar toda a teoria elaborada em prática^{5,9,10}.

5) Aplicação à realidade: deve-se, aqui, verificar a governabilidade de execução, a real necessidade e a prioridade. O importante é garantir alguma forma de aplicação real das soluções geradas pelo grupo, no entanto, essa etapa não foi executada, pois passamos a enfrentar a Pandemia de covid-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde.

Resultados

Este relato compreende a experiência com oficinas pedagógicas realizadas com uma equipe de multiprofissionais, (enfermeiro, médico, auxiliares de enfermagem, dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar administrativo, auxiliar de limpeza e agentes comunitários de saúde), de uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Registro, interior de São Paulo, no horário das reuniões semanais de equipe. Foi possível realizar quatro oficinas, que tiveram como mediadora a responsável pela pesquisa, também membro da equipe em questão. As oficinas foram agendadas previamente no período de janeiro a março de 2020.

É importante ressaltar, que uns dos objetivos das reuniões de equipe é a participação de todos, com busca na construção de um espaço coletivo de discussões, troca de experiências, reflexão crítica, problematização do processo de trabalho e construção de conhecimentos de forma democrática; com busca em mesclar o processo de trabalho e a aprendizagem dos trabalhadores. Entretanto, não é sempre que todos os colaboradores participam da reunião, e nem sempre esse espaço é utilizado de fato para as discussões coletivas de assuntos pertinentes ao processo de trabalho e aprendizado, ficando assim, subutilizado ou utilizado apenas para ações administrativas.

É significativo o hábito de trabalhar as oficinas para que a equipe possa identificar, sistematizar e promover a análise do processo de trabalho, planejar coletivamente ações para o enfrentamento dos nós críticos e problemas identificados de acordo com as prioridades ajustadas, considerando sua governabilidade, de forma a fortalecer a prática da reunião de equipe na unidade.

Planejamento e organização

As datas planejadas das reuniões foram combinadas previamente com o enfermeiro técnico responsável da unidade, assim como a dinâmica da oficina, os objetivos a serem alcançados, o tempo e os recursos necessários. Em algumas oficinas, para facilitar e agilizar a comunicação entre os envolvidos,

foi utilizado um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas para envio prévio de perguntas norteadoras a serem trabalhadas durante a reunião.

Durante as oficinas, foi enfatizado o valor de ouvir opiniões, incentivando a expressão de dúvidas, necessidades, pontos de vista, medos, angústias e dificuldades de todos os participantes. Com o tempo, foi possível ter a participação de todos. E o que antes era medo de falar errado, se transformou em motivação para contribuir com melhorias.

Também foi criado, por meio da metodologia pedagógica de roda de conversa, um espaço para reflexão conjunta e compartilhamento de experiências (com a utilização de técnicas que favoreceram o diálogo e a problematização), com o intuito de que a equipe trabalhasse, em sua totalidade, na identificação de problemas, nós críticos e elaboração de ações para seu enfrentamento.

Em cada início de reunião, foi explicado que a participação era voluntária e que o objetivo era promover um espaço de compartilhamento do conjunto de conhecimentos acerca do processo de trabalho. Assim, todos os participantes foram convidados a se sentarem em uma roda disposta por cadeiras, e após uma dinâmica de apresentação e exposição da proposta de trabalho e/ou da pergunta disparadora organizada para aquele dia, foi aberto o momento para diálogo e escuta.

Para nortear as oficinas, foi aplicada a metodologia da problematização, com o uso do Arco de Maguerez (Figura 1). Esse arco tem a realidade como ponto de partida e de chegada, propõe que seja observada a realidade a partir de diversos ângulos para intervir onde e quando os problemas acontecem^{5,9,10}.

Ao final de cada reunião, o próprio mediador ou relator realizava um relatório, que era registrado em um diário de campo, constando todo o conteúdo trabalhado, bem como a avaliação final do grupo sobre a experiência vivenciada no dia. A equipe também registrava, em ata, a síntese das ações e entendimento coletivo. Esses documentos serviram de base para descrever as oficinas e também avaliar e monitorar o desenvolvimento das ações. Essa etapa é considerada de extrema importância, já que proporciona uma visão geral dos processos realizados e auxilia no planejamento de ações futuras para serem realizadas de formas mais eficientes.

Em uma visão esquemática, as oficinas foram constituídas da seguinte maneira em termos de conteúdos de aprendizagem e da metodologia empregada:

1ª oficina: construção de um coletivo de Educação Permanente

A metodologia utilizada para esse momento foi a roda de conversa e a construção coletiva de resposta à pergunta disparadora: “qual a sua percepção de educação e saúde, e sua relação?”.

Os participantes receberam a pergunta por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas multiplataforma três dias antes da reunião. Todos foram convidados a anotar e entregar suas percepções sobre a pergunta um dia antes do encontro, de forma anônima e opcional. Isso permitiu que o mediador compilasse as respostas e preparasse um painel inicial para discussão.

Todas as respostas foram juntadas, impressas e entregues para todos os colaboradores no dia em que se reuniram, para que pudessem discutir em equipe a visão de cada um acerca da pergunta norteadora.

As respostas trouxeram questões, como: a saúde e educação como direitos fundamentais; saúde como bem-estar, hábitos saudáveis, qualidade de vida; necessidade de prevenção e promoção à saúde; educação como cultura, dever da família, do Estado e da sociedade que promove o desenvolvimento das pessoas, a cidadania e a qualificação para o trabalho. Também foi mencionada a educação realizada pela família e a importância dessa relação no desenvolvimento do caráter das pessoas. Quanto à relação entre saúde e educação, surgiram questões sobre a boa educação, promover a saúde e auxiliar na conscientização das pessoas, a Educação em Saúde como ações realizadas com a população para a melhoria da qualidade de vida, autocuidado, entre outros.

A oficina, que teve duração média de 50 minutos, iniciou com a apresentação dos objetivos e leitura das contribuições da equipe pela mediadora. Foi solicitado que todos fizessem suas anotações, grifassem os pontos relevantes, olhassem de forma crítica os textos gerados e apontassem os pontos que concordassem, discordassem ou que complementassem as respostas.

Por meio da realização da leitura, foi possível observar que cada profissional expressou opinião diferente um do outro referente a um mesmo tema de acordo com a sua realidade, experiência, vivência, crença, formação, entre outros aspectos individuais.

Em seguida, foi proposto à equipe, formular uma única resposta para a pergunta disparadora com base nas colaborações dos colegas e com suas anotações e percepções, de modo a se estabelecer uma espécie de diálogo entre os participantes; com isso, possibilitou-se mostrar a eles que em várias situações devemos compartilhar sabedoria, ideias, experiências, respeitar o conhecimento prévio de cada um, suas crenças e considerar a opinião de todos.

Após a elaboração da resposta coletiva, seguimos para um segundo momento, o de realmente discutir o conceito de educação e saúde, embasado em referenciais teóricos. Levamos resumidamente os conceitos para a equipe e finalizamos a oficina com o emprego de todo o conteúdo gerado e o referencial teórico proposto pelo mediador; assim, criou-se, a partir da metodologia pedagógica de roda, um espaço de diálogo, reflexão crítica e problematização para troca de experiências.

No final do processo, foi realizado um relatório final com o grupo, em que eles perceberam a importância da reflexão em equipe de um determinado assunto, problema, situação e/ou necessidade.

É crucial destacar que abordar e resolver uma situação em conjunto é significativamente mais enriquecedor do que fazê-lo individualmente. Conhecer a opinião de cada profissional, conforme sua perspectiva crítica e experiências, é fundamental. Além disso, ao construir coletivamente, aumenta-se o comprometimento e a responsabilidade de todos com o trabalho a ser realizado.

O objetivo dessa oficina foi mostrar o quão importante é partir de um questionamento e chegar à construção coletiva de uma resposta. E isso pode ser aplicado em muitas situações do dia a dia de trabalho.

2ª oficina: rede analisadora do processo de trabalho; observação da realidade

Para facilitar as atividades da oficina, convidou-se um profissional do antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando resgatar os objetivos do NASF, como a integração com a Estratégia Saúde da Família, o apoio à Atenção Primária, a busca por maior resolubilidade, discussões de casos, matriciamento e o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde em colaboração com esses profissionais.

O objetivo foi, também, de fortalecer a atuação de relação interdependente e multiprofissional e trazer um olhar de fora da unidade que pudesse colaborar durante as discussões do processo de trabalho com a equipe

A oficina teve um tempo de 60 minutos. Foi encaminhada previamente aos colaboradores, por meio de um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas, a seguinte proposta: “realizem uma análise do processo de trabalho e reflitam como podemos melhorar a nossa forma de produzir cuidados”.

O intuito foi fazer com que eles refletissem sobre o processo de trabalho, identificassem os problemas e nós críticos (que tivessem governabilidade de melhorar e/ou mudar) e trouxessem propostas que pudessem gerar mudanças e melhorias ao ambiente.

A metodologia empregada para esta etapa foi a roda de conversa. O processo teve início com a apresentação do convidado do NASF e a explicação do propósito de sua participação na reunião.

Em seguida, foi realizada a análise do processo de trabalho, o debate para definição de problemas e nós críticos da unidade e a construção coletiva das propostas de ações e estratégias.

Para mediar a discussão, foi usada a proposta do Arco de Magueréz, iniciada pela observação da realidade⁵.

Todos os problemas e as propostas de soluções elencadas pela equipe foram anotadas em um painel.

Ao final da reunião, ficou estabelecido que as propostas seriam organizadas e que a equipe buscaria colocar em prática as que foram levantadas. E assim, foi realizado um relatório final registrado em ata e assinado por todos os presentes concordando com o compromisso.

3ª oficina: identificação dos problemas prioritários no processo de trabalho

Nessa oficina, o objetivo foi organizar as propostas, definir os pontos-chave e realizar a teorização e hipóteses de soluções, assim como é proposto pela metodologia do Arco de Maguerez. Teve um tempo estimado de 60 minutos, e além do Arco de Maguerez, foi aplicada a metodologia de Roda de Conversa e Árvore dos Problemas.

Iniciamos o primeiro momento da oficina com a apresentação de um vídeo que mostrou de forma bem simples e didática a abordagem da EPS. Após o vídeo, tivemos um breve espaço de tempo para a exposição das percepções sobre o que foi assistido. O objetivo desse espaço foi de estimular a troca coletiva de conhecimentos e opiniões de todos os membros.

Em seguida, foi aplicada a metodologia da Árvore dos Problemas. A árvore foi montada de acordo com todos os problemas e nós críticos levantados pela equipe na oficina anterior. Norteou-se na análise se a equipe tinha ou não governabilidade para enfrentar o problema, as ações que deveriam ser realizadas no enfrentamento de cada item levantado que a equipe tivesse governabilidade e as sugestões de soluções para as propostas que a equipe não tinha governabilidade de atuar. A partir desse material, explorou-se cada item, com o relato dos recursos necessários, as estratégias e os prazos.

Ao término do encontro, foram feitas as seguintes perguntas reflexivas para a próxima reunião: “qual a sua percepção sobre o nó crítico?” e, “dentre todos os problemas apresentados, qual, se for trabalhado em grupo, geraria maior impacto no processo de trabalho?”.

4ª oficina: identificação dos problemas prioritários no processo de trabalho

Iniciou-se a oficina com a apresentação do resumo das discussões realizadas durante os encontros anteriores e organização visual das reflexões da equipe, contendo na coluna da esquerda os problemas e nós críticos levantados por eles; no meio, as hipóteses de solução e à direita, as propostas de soluções de acordo com a governabilidade da equipe.

Entre os principais problemas e causas que é possível atuar com ações necessárias para resolver, foram citados: novos protocolos e equipe desatualizada, novo bairro sem famílias cadastradas, falta de Agente Comunitário de Saúde (ACS), sobrecarga de trabalho, grande demanda na agenda e férias de profissionais. Como hipótese de solução, a equipe trouxe Educação Permanente, coleta de dados sobre os pacientes, treinamentos e implementação de protocolos. Houve concordância para as possíveis medidas a serem aplicadas para resolver, sendo: Educação Permanente e educação continuada como uma forma de repassar o conhecimento, mutirão de ACS para cadastramento em horário estendido, organização de escalas de trabalho e fluxo.

Essa oficina teve um tempo estimado de 60 minutos, as metodologias aplicadas para esse momento foram o Arco de Maguerez e a Roda de Conversa.

Os participantes foram convidados a se sentarem novamente em roda, e dado início à quarta etapa, com a reflexão sobre o material produzido até então. Em seguida, foi discutida a percepção deles sobre os nós críticos.

Embasado na discussão e entendimento dos participantes sobre nós críticos, foi solicitado que a equipe selecionasse apenas um dos problemas elencados para ser priorizado, trabalhado e colocado em prática. Ficou como proposta para a próxima oficina, que as estratégias para o desenvolvimento das ações para o enfrentamento selecionado fossem bem planejadas e discutidas.

Por fim, em março de 2020, passamos a enfrentar a Pandemia da covid-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que requereu toda a atenção da equipe, desde então, na reorganização do

atendimento, com foco em estratégias de como administrar a falta de EPIs, materiais, insumos, testes, entre várias outras questões, deixando os demais problemas em segundo plano. Dessa forma, as oficinas foram suspensas, impossibilitando o acompanhamento da implementação do quinto ponto do Arco de Maguerez na prática. No entanto, a equipe já vinha sendo incentivada a colocar em prática o que era definido ao final de cada oficina.

Conclusão

Trilhadas todas as etapas sugeridas no Arco de Maguerez, juntamente com a análise do ambiente de trabalho de uma maneira mais crítica e em busca de conhecer a realidade, suas necessidades e limitações, podemos perceber que quando observamos nosso processo de trabalho, partimos de uma realidade que gostaríamos de mudar e chegamos a uma realidade que podemos transformar, sendo esse um dos objetivos do projeto de intervenção: melhorar as práticas profissionais e o ambiente de trabalho.

Essa percepção vem ao encontro com do entendimento de Chorry¹¹ de que o importante é poder enriquecer juntos os instrumentos e a análise da realidade para que cada um possa enfrentar os desafios colocados por sua prática, sabendo que o plano não é um simples conjunto de metas, mas sim uma sugestão que deverá ser permanentemente readequada a partir da realidade.

Com base nos referenciais teóricos e a prática desenvolvida com a referida equipe da Estratégia de Saúde da Família por meio deste estudo, das oficinas realizadas de acordo com os fundamentos da Educação Permanente, bem como de outros instrumentos metodológicos que problematizam a prática de trabalho, é possível dizer, portanto, que as reuniões de equipe obtêm relevantes potencialidades ao utilizar estratégias didáticas com base nos princípios de construção coletiva, cogestão e análise dos processos de trabalho.

Diante do período de pandemia, muitas das ações coletivas foram interrompidas, gerando desafios para o planejamento. No entanto, percebe-se o potencial para que essas ações continuem e englobem não apenas a equipe atual, mas também outros trabalhadores e gestores em futuras iniciativas.

Isso ampliaria a capacidade de solucionar os nós críticos apresentados, com a implementação de estratégias mais participativas.

Referências

1. Cruz MLS, Franco L, Carvalho JW, Silva FB, Beteli VC, Lima MF, Oliveira ER, Kubagawa LM, David MRF, Paré MCAO. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *PsiRev.* 2014;17(1/2):161-83.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 2017;21 set.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Pavani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relatos de uma experiência. *Conjectura: Filosofia e Educação.* 2009;14(2):77-88.
5. Berbel NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semin Cienc Soc Hum.* 1995;16(3):09-19.
6. Coral E, Ogliari A, Abreu AF, organizadores. Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos. São Paulo: Atlas; 2009.
7. Coelho DM. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. In: *Anais do Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social.* 2007;14.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2020. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/registro.html>. Acesso em: 7 ago 2022.
9. Marchiori LLM, Trelha CS, Fujisawa DS. Metodologia da problematização: Práticas em ciências da reabilitação. Londrina: UNOPAR; 2012.
10. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina.* 2007;28(2):121-146.
11. Kuschnir R, Fausto MCR, organizadores. Gestão de redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: Ensino e Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

A TRANSLACIONALIDADE TEORIA-PRÁTICA DO CONCEITO DE SAÚDE AMPLIADA NA DISCIPLINA DE HISTOLOGIA PARA O CURSO DE ODONTOLOGIA

Jaqueline de Carvalho Rinaldi**
Cynthia C Schmidt Campanati**

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ concebe a saúde não apenas como a ausência de doença no organismo, mas como a situação de bem-estar físico, mental e social do sujeito. Struchiner e Giannella² apresentam-nos que a Educação em Saúde deve ser compreendida na sua multicausalidade, permitindo entendimentos oriundos do campo educacional e da saúde. Neste sentido, a Educação em Saúde é considerada um processo multifacetado.

Segundo Fernandes e Backes³, saúde e educação não podem ser dissociadas, pois caminham juntas, articulando-se como práticas sociais. Para Zabala⁴, a Educação em Saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento produzido pela ciência na área da saúde, intermediado pelos profissionais, objetiva atingir a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes da relação saúde-doença oferece subsídios para que novos hábitos e condutas de saúde possam ser adotados.

Paulo Freire⁵ complementa que a educação envolve teoria e prática, não podemos dissociá-las, caso contrário não ocorrem mudanças. Neste sentido, o papel do professor é essencial no processo ensino-aprendizagem.

* Especialista em Tecnologias Educacionais, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jak.rinaldi@gmail.com

** Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cy_psi@yahoo.com.br

Porém, Assis *et al.*⁶ constataram que, em geral, os professores sentem dificuldade de integrar a translacionalidade (transportar conhecimentos teóricos para a prática clínica) do conceito em saúde em suas disciplinas, talvez influenciados pelas concepções biologicista e comportamental. A dificuldade na relação teoria-prática é uma temática importante em todos os cursos da área da saúde, mas particularmente no curso de odontologia, cujos profissionais acabam tornando-se habituados a enxergar apenas a cavidade oral do paciente, esquecendo-se de analisar a saúde do usuário enquanto ser humano, em sua totalidade.

O processo ensino-aprendizagem ocorre em variados contextos: nas escolas, universidades, cursos técnicos, na área da saúde e em muitas outras áreas. Este plano de ação será executado envolvendo a comunidade universitária. No primeiro semestre de 2018 foi desenvolvida uma atividade diagnóstica com os alunos, professores e funcionários envolvidos em diferentes cursos da área da saúde (incluindo odontologia) para o mapeamento da vivência acadêmica nos eixos saúde, cultura e tecnologia. Durante a observação/execução do roteiro-diagnóstico, foi possível mapear diferentes lacunas existentes no processo ensino-aprendizagem, tema proposto neste projeto-ação.

Os efeitos negativos desta questão estão tanto no processo formativo dos acadêmicos, quanto em seu perfil profissional. Neste contexto, o profissional não consegue conceber o usuário na sua totalidade e tem dificuldade na relação teoria-prática. Esta questão é ainda mais potencializada pela dificuldade dos docentes em ajustarem-se a métodos de ensino que atinjam a realidade dos alunos. Neste contexto, o uso de tecnologias no processo ensino-aprendizagem pode favorecer a translacionalidade entre teoria-prática.

Outra questão importante está associada à contextualização do conteúdo e dificuldade no entendimento de linguagem técnica. Os alunos chegam à escola com vivências em suas comunidades e com diferentes informações, veiculadas por diversos canais de comunicação e não encontram, no ambiente escolar, condições para conhecer, debater, questionar, se posicionar e, inclusive, tomar decisões sobre temas que identificam como relevantes para

si, sua comunidade e a sociedade em geral. Estas dificuldades estão cada vez mais difíceis de serem superadas devido à rotina disciplinar e de avaliações externas⁷, aumentando ainda mais a distância entre teoria-prática.

Como efeito negativo, a informação acaba não atingindo o aluno, que se torna desinteressado por não conseguir entender a importância e aplicabilidade do conteúdo teórico discutido em sala de aula. Isto é percebido, especialmente, nos primeiros anos da graduação, na formação do ciclo básico, ou seja, disciplinas que introduzem a base teórica de anatomia, histologia, embriologia, fisiologia, bioquímica que constituem várias peças do quebra-cabeça que será montado quando iniciarem a clínica ou prática. Neste sentido, a distância entre teoria e prática tende a crescer ao longo do curso, começando já pelo entendimento do conceito de “saúde” em sua integralidade.

Por isso, esta proposta de projeto de intervenção visa abordar a situação-problema mencionada anteriormente. O desafio está em produzir atividades de forma integrada, favorecendo a translacionalidade dos conteúdos. Uma das estratégias é o trabalho multidisciplinar e também se aproximar ao máximo da realidade do aluno ou da comunidade, estabelecendo “pontes” e despertando interesse dos envolvidos para, a partir daí, expandir o conhecimento, aprofundar a questão saúde-doença em todos os seus aspectos. O objetivo da universidade é formar profissionais tanto para atuar na saúde pública quanto privada. Dentre os benefícios com a execução desta proposta, será formar profissionais mais confiantes, conscientes, eficientes e dispostos a implementar mudanças em suas comunidades de atuação.

Neste contexto, a proposta deste projeto foi baseada nas dificuldades relatadas durante a disciplina de Histologia e Embriologia pelos alunos e docentes de diversos cursos da saúde (Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem e Biomedicina) de uma universidade de Maringá. Dentre elas, foram listadas angústias em relação às práticas do profissional que atua na saúde pública em nossa região, as lacunas na formação acadêmica/profissional dos universitários.

Objetivo

Objetivo geral

Esta proposta visa desenvolver uma pesquisa-ação para investigar a relação entre teoria e prática no conceito ampliado de saúde, focando nas disciplinas de Histologia e Clínica Integrada. O estudo envolverá acadêmicos do primeiro e último ano do curso de Odontologia.

Objetivos específicos

Com a execução desta pesquisa-ação, busca-se especificamente:

- promover estratégias que favoreçam a formação de profissionais da Odontologia com consciência sobre saúde ampliada;
- discutir e considerar o “território” como um determinante social na questão da saúde ampliada;
- favorecer a aproximação entre teoria-prática, além de melhorar a relação docente-discente, por meio do uso de tecnologias enquanto ferramentas educacionais.

Do ponto de vista da relevância científica, esta pesquisa busca contribuir para que a Educação em Saúde seja realizada de maneira ainda mais eficiente.

Referencial teórico ou marco teórico-conceitual

Conceito de “saúde ampliada”

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ concebe a saúde não apenas como a ausência de doença no organismo, mas como a situação de bem-estar físico, mental e social do sujeito. Dahlgren e Whitehead⁸ enfatizam a intersetorialidade e a participação social como fundamentais para o êxito de uma política social de saúde (Figura 1). Este modelo permite identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de Determinantes Sociais da Saúde originados pela posição social dos indivíduos e grupos. Tal modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos

em diferentes “camadas”, segundo seu nível de abrangência, representam os níveis da realidade onde os fenômenos ocorrem, desde um nível mais próximo aos determinantes individuais até um nível distal, onde se situam os macrodeterminantes sociais.

Figura 1. Modelo do conceito de saúde ampliada proposto por Dahlgren e Whitehead⁸



Fonte: Dahlgren e Whitehead⁸.

O trabalho de vigilância em saúde é entendido no contexto brasileiro como “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes no meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”⁹. Contudo, cada indivíduo estabelece caminhos e princípios para a obtenção da sua saúde, no entanto, muitas vezes, desconhece os efeitos relacionados as suas próprias escolhas¹⁰.

Educação em Saúde

Mohr¹¹ concebe a Educação em Saúde como uma prática que consiste nas atividades que compõem o currículo escolar, de caráter pedagógico e que

contém relação com ensino e aprendizagem de assuntos, ou temas, correlatos com a saúde. Em relação à interpretação e concretização da Educação em Saúde, Schall e Struchiner¹² argumentam que, mesmo existindo um conceito amplo, na prática, verificam-se modelos ou paradigmas que “condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas”. Carvalho e Struchiner¹³ enfatizam que a abordagem tradicional, de natureza conteudista, tende a mistificar a neutralidade da ciência, afastando o conhecimento científico e tecnológico da sociedade, além de ignorar a responsabilidade política do mesmo.

Paulo Freire⁵ ressalta que “Não existe docência sem discência, bem como ensino sem aprendizagem”, pois nesta visão tais conceitos se complementam. Discorrer sobre a aprendizagem, como nos mostram Delizoicov *et al.*¹⁴, configura-se como um dilema, pois os sujeitos estão aprendendo o tempo inteiro, seja por meio das relações sociais, necessidades, interesse ou até mesmo coerção.

A Educação em Saúde deve ter um caráter formativo, e a concepção de conteúdos precisa ir além dos conhecimentos das disciplinas. Deve-se ampliar a compreensão de que os conteúdos englobam tudo o que é necessário aprender para alcançar determinados objetivos. O professor não é quem ensina, mas quem ajuda o aluno a aprender e aprende com ele. O professor não mostra; ajuda o aluno a enxergar e descobre com ele¹⁵. O professor deve trabalhar na formação de cidadãos (mais do que profissionais) e por isso é importante promover atividades que visem contribuir para a participação efetiva de seus alunos na construção de uma sociedade melhor e mais justa, formação de alunos protagonistas e verdadeiros agentes de mudança em suas comunidades. Entretanto, a operacionalização das práticas em Educação em Saúde nas escolas ainda é mal compreendida, e desenvolvida sem planejamento¹⁶.

3.3 Abordagem territorial

A experiência e prática docente estão cada vez mais desafiadoras. Desafiadora porque atuar na formação de cidadãos requer alunos e docentes

conscientes do seu papel social. Também demanda capacitação docente, que muitas vezes não é ofertada/apoiada pela instituição de ensino. E isto interfere diretamente no processo ensino-aprendizagem, por isso a importância de constante atualização e adaptação às novas metodologias para ensino de modo aplicado, considerando a realidade do aluno.

O estudo de Struchiner e Giannella² constatou que, em geral, os professores sentem dificuldade de integrar o tema saúde em suas disciplinas, influenciados pelas concepções biologicista e comportamental. Para fazer frente a este desafio, é necessário considerar não apenas os aspectos biológicos nos processos de saúde e doença, mas também os aspectos psicossociais e ambientais. Os condicionantes ambientais referem-se às condições e as características ambientais associadas não só à ocorrência de diversos tipos de doenças, como também ao agravamento ou ao aparecimento de muitas enfermidades infectocontagiosas.

Muitas vezes, nos diagnósticos das condições de vida e da situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Nesse sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso se faça por intermédio de métodos que identifiquem suas singularidades e seus problemas (de saúde e ambientais), com base em uma abordagem territorial¹⁷.

Santos¹⁸ retoma dois conceitos da Geografia: o conceito de “território” e o de “lugar”. O autor propôs que o “espaço geográfico” (sinônimo de “território usado”) seja compreendido como uma mediação entre o mundo e a sociedade nacional e local, assumido como um conceito indispensável para a compreensão do funcionamento do mundo presente. Ele chama atenção para o novo funcionamento do território, por meio de horizontalidades (ou seja, lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais).

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação

espacial previamente determinada¹⁹. A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), como a Estratégia Saúde da Família. O território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção¹⁸.

Para alguns autores, a territorialização é o processo de “habitar um território” e o ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas²⁰. Essa identidade territorial também inclui composição étnica, escolaridade, indicadores de saúde (morbi-mortalidade, saneamento básico, etc.) sendo importantíssima para qualquer intervenção educativa, preventiva ou curativa. A ampliação do olhar dos profissionais da saúde sobre o território é estratégico para a superação do modelo de atenção convencional, considerando as singularidades de cada contexto²¹.

O aprendizado que influencia o comportamento de uma forma significativa é a autodescoberta, o autoaprendizado. Este autoaprendizado, partindo-se do ponto de que foi pessoalmente apropriado e assimilado por meio da experiência, não pode ser diretamente comunicado a outras pessoas. Assim que um indivíduo tenta comunicar uma de suas experiências pessoais diretamente para outros, frequentemente com um grande entusiasmo natural, isto é, “ensinar”²².

Miras²³ discute que o professor, ao introduzir um novo conteúdo, deve considerar o conhecimento prévio do aluno, essa articulação é o fundamento da construção dos novos significados. A aprendizagem se torna mais significativa quando o aluno consegue estabelecer relações com sentido entre o que já conhece e o novo conteúdo apresentado como objeto de aprendizagem.

Nesta prática o professor visualiza em cada um deles um sujeito único, que possui suas particularidades, considerando que ninguém aprende da mesma forma. O professor também deve propiciar um ambiente no qual os alunos tomem consciência de suas ações em situações envolvendo questões

de saúde. Na aprendizagem, o professor enfrenta o desafio de evitar que as ações dos alunos sejam meramente mecânicas, isoladas ou desconectadas do pensamento. É essencial que essas ações se integrem de forma inseparável à estruturação mental e à reflexão. Assim, a aprendizagem se torna uma ação interiorizada, permitindo que o aluno atribua significado, construa, transforme, incorpore e modifique o mundo em que vive e atua.

Uso das tecnologias na Educação em Saúde

As Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) se integram em bases tecnológicas que possibilitam a partir de equipamentos, programas e mídias, a associação de diversos ambientes e indivíduos em uma rede, facilitando a comunicação entre seus integrantes, ampliando as ações e possibilidades. Os avanços das tecnologias estão ligados ao contexto da globalização, em uma era de trocas rápidas de informações, serviços e produtos. Isso ocorre através de meios de comunicação como TV, computador, internet e telefones (fixos e celulares), estabelecendo uma constante relação de causa e efeito entre pessoas e objetos que interagem dentro dessas redes²⁴.

Os alunos já fazem uso das TDICs em seu cotidiano dentro e fora do espaço escolar para seu desenvolvimento pessoal, estudantil e para o lazer. No entanto, pelo fato das TDICs serem tão abertas, a tarefa de redirecioná-las para fins pedagógicos é complexa, pois demanda que os professores compreendam suas funções e usos para adaptá-las e apropriá-las. O uso destas tecnologias em prol da educação tem papel importante na problematização e investigação das próprias práticas educacionais, com objetivo de enriquecê-las a partir do planejamento da ação concreta, buscando estratégias de ensino para que o educando se aproprie de maneira significativa do conhecimento elaborado.

A universidade disponibiliza a plataforma Moodle como TDIC para uso tanto em disciplinas presenciais quanto EaD (ensino à distância). A aprendizagem nestes ambientes acontece de maneira colaborativa e cooperativa. Araújo e Queiroz²⁵ definem a aprendizagem colaborativa como um processo no qual os participantes se ajudam mutuamente para alcançar uma meta estabelecida. Nesses casos, observa-se uma construção coletiva do conhecimento.

Segundo Soares *et al.*,²⁶ para que as TDICs sejam importantes meios de fomento no desenvolvimento das habilidades do estudante, as práticas e recursos do processo educacional precisam ser reestruturados, acompanhando o avanço das tecnologias e o desenvolvimento das habilidades para seu uso. Aliado às novas tecnologias, o uso da internet garante maior comunicação, fomentando, por meio do diálogo e da facilidade deste exercício, a troca de conhecimentos e potencializando o ensino-aprendizagem. Isso possibilita obter continuidade, complementação e integração dos conhecimentos, possibilitando formação e ensino de qualidade, ampliando a oferta de educação continuada, em espaços e horários adaptáveis²⁷. Além disso, o uso de tecnologias como estratégia no processo ensino-aprendizagem torna o aluno um protagonista, em um processo colaborativo; mas demanda que os professores compreendam suas funções e usos para adaptá-las e apropriá-las.

O uso de tecnologias como estratégia no processo ensino-aprendizagem torna o aluno protagonista em um processo colaborativo; o emprego das TDICs (associadas ou não a fotografias, vídeos, áudios) favorecem a produção e modificação da informação, a transversalidade e a interdisciplinaridade. Além disso, a internet permite a interação entre os pares fora de sala de aula, favorece as trocas interclasses (diferentes alunos de diferentes cursos e séries da mesma instituição), interações interinstitucionais (entre alunos de universidades diferentes), internacionais (entre alunos/pesquisadores de diferentes instituições nacionais e estrangeiras) para o enriquecimento profissional e pessoal.

Vale ressaltar que alguns autores, como Sancho Gil (2009)²⁸, propõem a renomeação das TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) por TAC (Tecnologias de Aprendizagem e Conhecimento), por considerar os conflitos de gerações que envolvem os agentes no processo de ensino-aprendizagem, a abundância de informações (linguagem líquida), o contexto temporal e espacial e, sobretudo, a nova cultura existente nesta era.

O trabalho multidisciplinar é uma das estratégias que aproxima a sala de aula à realidade do aluno e da comunidade, estabelecendo pontes e despertando interesse dos envolvidos para, a partir daí, expandir o

conhecimento. Na perspectiva de saúde ampliada, a concepção de território, enquanto espaço social, nos auxilia na compreensão do jeito que a comunidade vive e interpreta este viver, formas de comunicação, transporte, alimentação, saneamento básico, condições de risco, vulnerabilidade, etc. Nessa lógica, emerge a necessidade do território enquanto palco para as ações sociais.

Paulo Freire⁵ prega uma educação emancipadora e a pedagogia de Saviano ressalta a necessidade constante de revisitar a docência e adequá-la às necessidades dos alunos no intuito de prover condições para que a transformação social aconteça. Neste contexto, é essencial criar estratégias de intervenção articuladas, o que vem ao encontro dos objetivos do curso que orienta este trabalho. O uso educacional das tecnologias tem papel importante na problematização e investigação das próprias práticas educacionais, com objetivo de enriquecê-las a partir do planejamento da ação concreta, buscando estratégias de ensino para que o educando se aproprie e participe de maneira significativa da construção do conhecimento e de novas práticas educacionais.

Metodologia

Como prática docente, a estratégia de mapeamento das lacunas existentes na formação dos cursos de saúde da universidade em questão, foi executada a partir da aplicação de um roteiro-diagnóstico na comunidade acadêmica no primeiro semestre de 2018. Foram envolvidos na atividade: alunos, docentes, coordenadores, técnicos de laboratório e funcionários de secretaria. A partir desta atividade, foram identificados diferentes problemas, dentre eles, o mais citado entre os acadêmicos e docentes foi a dificuldade de atuação dos alunos em decorrência da lacuna existente entre teoria-prática. Os alunos e docentes sugeriram que o problema começa já no primeiro ano da graduação, quando as disciplinas fundamentais da formação profissional, como anatomia, histologia, biologia celular, patologia, entre outras, são ministradas. É nesse momento que o conhecimento em saúde e a importância da intervenção profissional são abordados em diversos contextos. Baseado na necessidade levantada pela própria comunidade acadêmica, este projeto

propõe uma pesquisa-ação, qualitativa e prática, na qual a proposta é intervir e modificar a realidade supracitada.

Com o objetivo de conscientizar acadêmicos e docentes da importância do conceito de saúde integral do indivíduo, serão desenvolvidas atividades multidisciplinares. Como se trata de uma ação piloto, esta proposta de intervenção envolverá alunos e docentes do curso de Odontologia. Futuramente, poderá ser estendida aos outros cursos da área da saúde. Apesar de ser uma proposta de caráter multidisciplinar, todas as atividades serão executadas na disciplina de Histologia, ministrada no primeiro ano do curso de Odontologia e dentro da disciplina de Clínica Integrada, ministrada no quarto ano deste mesmo curso.

Inicialmente serão mapeadas as principais dificuldades relatadas pelos alunos do primeiro e do quarto ano quanto à translacionalidade e a relação teoria-prática por meio da elaboração e aplicação de enquete via formulário Google, no qual o participante realiza individualmente, na sua conveniência e também no anonimato. A escolha desta população escolar foi realizada visando contrapor as dificuldades iniciais (alunos do primeiro ano) e as dificuldades não sanadas, que perpetuam erros na formação acadêmica e atrapalham a atuação profissional (alunos do quarto ano).

Na sequência, junto aos alunos do quarto ano, será feito o mapeamento das principais necessidades da comunidade externa da área da universidade, visto que sua população é atendida pelos alunos na clínica-escola da instituição de ensino. Esta atividade será realizada na disciplina de Clínica Integrada, utilizando a ferramenta *My Maps* do Google para mapeamento e discussão dos dados.

Com esta ferramenta é possível, por exemplo, verificar quantas unidades de saúde existem no local de estudo, quais os principais problemas sanitários, etc. Acreditamos que esta aproximação do conteúdo à realidade da comunidade e da vivência do aluno irá despertar o interesse em aprofundar os conhecimentos na relação saúde-doença, teoria-prática.

Após esta etapa, os alunos do quarto ano apresentarão estes resultados aos alunos do primeiro ano. E em pequenos grupos mistos, todos os alunos terão

oportunidade de discutir sobre o conteúdo apresentado, além de considerar o “território” como um determinante social na questão da saúde. Ressaltando que o “território” implica considerar o jeito que a comunidade vive e “interpreta” este viver, formas de comunicação, transporte, alimentação, saneamento básico, condições de risco, vulnerabilidade, etc. Uma das vantagens da atividade em grupo contrapõe-se à fragmentação e à excessiva especialização, assim como à vida cada vez mais isolada e individualista. A atividade grupal dos discentes do primeiro e do quarto ano, se impõe em práticas multidisciplinares, o aluno está sendo preparado para interagir e atuar com os outros.

A avaliação da atividade será baseada no número de participantes envolvidos, utilizando como método a porcentagem daqueles que compareceram, responderam ao teste e fizeram questionamentos e autocrítica sobre o tema abordado. Cada um trará sua visão perante a sala de forma espontânea. Assim, obteremos um *feedback* se os objetivos propostos serão atingidos, se o método proposto foi adequado ou necessita de ajustes para execução, ou expansão do projeto.

Organização das ações a serem executadas

- Obter autorização da coordenação e do chefe de departamento;
- Obter a assinatura de termo de consentimento de todos os envolvidos na pesquisa;
- Aplicação de enquete via formulário Google, no qual o participante realiza individualmente, na sua conveniência e também no anonimato;
- Reservar o local das atividades, repassar convite e cronograma para os participantes; Registrar a receptividade dos alunos em relação à atividade – descrição e fotos.
- Planejamento da atividade de mapeamento das necessidades da comunidade universitária utilizando o *My Maps* do Google com o professor de Clínica Integrada e os alunos do quarto ano do curso de Odontologia. Também recomendar aos alunos do quarto ano para separar casos clínicos, exames relacionados ao tema de maior

- prevalência nesta comunidade para enriquecer a discussão em grupo.
- Encontro entre alunos do primeiro e do quarto ano (na disciplina de Histologia): apresentação dos dados coletados; realizar discussão multidisciplinar colaborativa do conteúdo, na sequência, formar pequenos grupos e trocar experiências dos casos clínicos investigados, considerando o conceito de território. O grupo deve escolher um dos casos clínicos e apresentar aos demais colegas da turma.
 - Ao término das atividades, solicitar aos alunos para registrar vantagens e desvantagens da abordagem; avaliar se os objetivos foram atingidos.
 - Por meio de enquete via formulário Google, registrar *feedback* dos alunos e docentes das atividades desenvolvidas.

Resultados esperados

Com a execução desta proposta de intervenção espera-se que os cursos da saúde da instituição avaliada propiciem a formação de profissionais mais eficientes e conscientes. Além disso, espera-se que os alunos tenham oportunidade de se expressarem e serem respeitados pelos colegas, que consigam avançar no conteúdo teórico presente na atividade, de modo que estas estratégias favoreçam o aprendizado.

Por meio da aplicação de atividades multidisciplinares, espera-se conscientizar a comunidade acadêmica da importância do conceito de saúde e a relação entre teoria-prática, tanto para os acadêmicos quanto para os docentes. Neste sentido, os acadêmicos de Odontologia estarão mais preparados para considerar a saúde integral do usuário, no seu contexto sócio-econômico-cultural e não somente a saúde bucal isoladamente.

Além disso, esta proposta busca a aplicação de tecnologias, tanto digitais quanto não digitais. Espera-se que a utilização de ambas as metodologias favoreça a integração entre teoria e prática, aproximando as discussões em sala de aula da realidade dos envolvidos. Isso facilitará o processo de ensino e aprendizagem, além de promover uma melhor interação entre docentes e discentes.

Tais recursos favorecem as trocas de dúvidas, fluxo de informações e ideias, discussões em grupos presenciais ou virtuais. Além disso, com o uso das tecnologias educacionais espera-se melhor problematização e investigação das próprias práticas educacionais, com objetivo de enriquecê-las a partir do planejamento da ação concreta, buscando estratégias de ensino para que o educando se aproprie de maneira significativa do conhecimento elaborado.

Considerações finais

Relacionando os objetivos desta proposta com os resultados esperados, inferimos que a maior preocupação dos professores universitários das disciplinas morfológicas do primeiro ano dos cursos da saúde da universidade em questão consiste em transmitir informações científicas sobre a biologia, fisiologia, anatomia do corpo humano para os alunos. Não negamos a importância da aprendizagem do conhecimento científico, mas acreditamos que ele deve ser colocado em permanente interação com os conhecimentos oriundos da cultura primeira dos alunos, para, assim, proporcionarmos mais significados às aprendizagens.

O ambiente universitário, particularmente no que se refere aos cursos da saúde, é muito rico quanto ao uso das “tecnologias”, digitais e não digitais. O uso das TDICs deve se dar de forma criativa, incorporando-se as ferramentas digitais aos processos de produção do conhecimento. Devem estar presentes nas diversas atividades de sala de aula, de acordo com a intencionalidade de propiciar aos estudantes a aprendizagem pela experiência e mediante objetivos claros. A conexão digital permite o fluxo de informações, ideias, conhecimentos e cultura. Inclusive, a internet possibilitou que qualquer pessoa, em qualquer lugar, pudesse acessar/interagir/publicar atividades em uma perspectiva autoral.

A relação indissociável entre as “abordagens pedagógicas e as práticas educativas” visam de maneira consciente ou inconsciente os objetivos da educação (ensinar – aprender). A aplicação da atividade possibilitará aos participantes serem protagonistas e realizarem uma construção coletiva nas trocas de conhecimento. E por fim, a execução

deste projeto de intervenção permitirá que os envolvidos nos cursos da saúde desta instituição propiciem a formação de profissionais que atuem como verdadeiros agentes de mudança em suas comunidades de atuação profissional (em trabalho no setor público ou privado).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 1946. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. Acesso em: 23 abr. 2012.
2. Struchiner M, Giannella TR. Com-Viver, Com-Ciência e Cidadania: uma Pesquisa Baseada em Design integrando a Temática da Saúde e o Uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação na Escola. *Revista e-Curriculum*. 2016;14(03):942–969.
3. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev bras enferm*. 2010;63(4):567-573.
4. Zabala AA. *Prática educativa: como ensinar*. Porto Alegre: Artmed; 1998.
5. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
6. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2017.
7. Lopes AC. Pensamento e política curricular – entrevista com William Pinar. In: *Políticas de currículo em múltiplos contextos*. São Paulo: Cortez; 2006.
8. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
9. Ministério da Saúde. Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de junho de 2018, institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2018;12jun.
10. Santos M. *Territorio, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec; 1994.
11. Mohr A. *A natureza da Educação em Saúde no ensino fundamental e os professores de ciências [tese de doutorado]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
12. Schall VT, Struchiner M. Educação em Saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15, (supl 2): S4-S6.
13. Carvalho RA, Struchiner M. Análise das concepções de saúde na produção acadêmica brasileira sobre educação a distância na área da saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*. 2015; 15:457-476.
14. Delizoicov D, Angotti JÁ, Pernambuco MM. *Ensino de ciências: fundamentos e métodos*. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2007.

15. Burke TJ. O professor revolucionário. Petrópolis: Vozes; 2003.
16. Pinsky J. Cidadania e educação. 9 ed. São Paulo: Contexto; 2008.
17. Monken M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
18. Santos M, Souza MA A, Silveira ML, organizadores. Território: globalização e fragmentação. 4 ed. São Paulo: Hucitec / Anpur; 1994.
19. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2005;21(3):898-906.
20. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(4):975-986.
21. Eduardo M F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. Campo-Território: Revista de Geografia Agrária. 2006;1(2):173-195.
22. Rogers C. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
23. Miras M. Um ponto de partida para a aprendizagem de novos conteúdos: os conhecimentos prévios. In: Coll C, Martin E, Mauri T, Mira M, Onrubia J, Solé I, et al., organizadores. O construtivismo na sala de aula. 6 ed. São Paulo: Ática; 2009.
24. Bernardes AH. Das perspectivas ontológicas à natureza do internauta: contribuição à epistemologia em Geografia [tese de doutorado] UNESP – Presidente Prudente: Universidade Estadual Paulista; 2012.
25. Araújo HS, Queiroz V. Aprendizagem Cooperativa e Colaborativa. São Paulo/ Brasília: COOPLEARN; 2004. Disponível em: <http://www.studygs.net/portuges/cooplearn.htm>. Acesso em: 12/Dez/2018.
26. Soares SJ, Bueno FFL, Calegari LM, Lacerda MM, Dias RFNC. O uso das tecnologias digitais de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem. Relatório. Montes Claros: Universidade de Uberaba; 2015. Disponível em: https://www.abed.org.br/congresso2015/anais/pdf/BD_145.pdf. Acesso em: 12/Dez/2018.
27. Moran JM. Como utilizar a Internet na educação. Ci. Inf. vol.26 n.2 Brasília May/Aug. 1997.
28. Sancho Gil JM. De TIC a TAC, el difícil tránsito de una vocal. Investigación en la Escuela; 2009:19-30.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS VIVENCIADOS PELOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS (GO)

Jeane Gomes Ribeiro*

Regina Claudia Barroso Cavalcante**

Introdução

O estudo aqui apresentado é oriundo de um trabalho de conclusão de curso (TCC), trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido como trabalho de qualificação do Curso de Especialização em Educação Permanente: Saúde e educação em uma perspectiva integradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (EaD/ENSP/FIOCRUZ). Expõe um breve resgate histórico da profissão dos Agentes de Combates a Endemias (ACE), bem como das ações de saúde pública e de Educação em Saúde. Visa demonstrar a aplicabilidade da Educação Permanente como instrumento na resolução de conflitos interpessoais entre gestores e membros da equipe de ACE da microárea III de Anápolis (GO) e melhoria da qualidade do trabalho prestado à comunidade. Para tanto, foram realizados estudos bibliográficos somados a uma pesquisa de campo.

A cidade de Anápolis (GO) conta com 396.526 mil habitantes¹, com crescimento populacional constante devido a suas boas condições de moradia, ao seu polo industrial farmacêutico em desenvolvimento e às instalações da Base Aérea de Anápolis (BAAN). Situada entre Goiânia e Brasília, forma com

* Especialista em Educação Permanente, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jeannygribeiro@hotmail.com

** Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil. regbarroso013@gmail.com

as duas cidades o eixo mais desenvolvido do Centro-Oeste. A cidade conta com cerca de 200 ACE, divididos em três áreas, subdivididas em 16 microáreas. Em 2019, o município ficou no terceiro lugar entre os dez com maior número de casos notificados de dengue².

A partir da análise do trabalho dos Agentes de Combate às Endemias e da gestão da localregião de Anápolis (GO), se identificou que a estrutura organizacional do serviço, o modelo de gerenciamento e o trabalho do agente são pautados por indicativos quantitativos de produção, além disso, as atividades são geridas de forma verticalizada, de modo impositivo, não há trabalho em equipe, sendo possível perceber com mais nitidez com as lentes da Educação Permanente.

Desse modo, evidencia-se a importância da Educação Permanente como ferramenta para instruir reflexões e diálogos entre as partes envolvidas no conflito. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, com o objetivo de melhorar a saúde da população³.

O controle de doenças transmitidas por vetores, no Brasil, remonta ao período colonial, por volta de 1830, com a realização de campanhas para o controle da febre amarela. Outro recorte muito importante desse histórico teve início quando Oswaldo Cruz, após assumir o cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública, em 1903, adotou um modelo de controle baseado na forma de organização militar⁴. Com medidas impopulares e polêmicas, como a criação de uma polícia sanitária com poder para desinfetar casas, caçar ratos, matar mosquitos e as brigadas sanitárias que entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. Com essas políticas, Oswaldo Cruz saneou o Rio de Janeiro e foi responsável pela estruturação da saúde pública no Brasil⁵.

Já durante a década de 1940 teve início o processo de educação sanitária cujo foco era trabalhar junto às pessoas a necessidade de conscientização sobre as condições sanitárias de seu próprio habitat e a influência que isso tem sobre a saúde humana. Essa introdução de práticas de educação sanitária nas políticas de saúde pública brasileira é vista como um avanço na forma de pensar a relação saúde-doença⁶.

Com a evolução no campo das práticas, ocorreu paralelamente uma reorganização do setor na década de 1950. Especialmente notáveis foram a criação de dois órgãos importantes: o Ministério da Saúde, em 1953, desvinculado do Ministério da Educação, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), em 1956. Este último incorporou os programas anteriormente sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (como febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (como boubas, esquistossomose e tracoma)⁷.

A partir de 1970 as transformações demográficas foram expressivas, logo, em um ambiente urbano, as condições de vida da população são influenciadas por fatores de natureza ambiental, demográfica, sociocultural, econômica e política. Entende-se que tais fatores podem alterar a ocorrência de diversos agravos à saúde, sejam eles agravos infecciosos, doenças não transmissíveis, ou mesmo danos relacionados à saúde ambiental. Todavia, as ações de combate às endemias, essencialmente às de campo, continuaram, haja vista a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) pelo Decreto n.º 66.623, de 1970⁸.

Com o passar do tempo, as estratégias e práticas sanitárias e de saúde pública avançaram, as ações de campo deixaram de ser militarizadas e se tornaram um processo de conscientização e de educação.

Com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em 1991, deu-se início à descentralização. Ocasão em que estados e municípios ficaram responsáveis por atuar no controle de endemias de seus territórios. Assim, surge a nomenclatura Agente de Combate a Endemias (ACE).

Os ACE foram integrados à vigilância sanitária no final da década de 1990, com a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.399, de 15/12/1999, que regulamenta as competências dos três níveis de governo, na área de epidemiologia e no controle das doenças, enfatizando o papel dos municípios como executores da política de controle de endemias, conforme a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS), publicada em 01/1996⁹. A partir da publicação da Lei Federal n.º 11.350, de 5 de outubro de

2006¹⁰, o trabalho dos agentes passou a ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS, mediante contratação por meio de seleção pública, não sendo permitida a contratação temporária ou terceirizada, salvo em situações de epidemias.

A vigilância epidemiológica se baseia na coleta regular e sistemática de dados de ocorrência de problemas de saúde considerados prioritários, com objetivo de conduzir, adequadamente, ações de prevenção e controle. Além disso, trabalha com a lógica da notificação compulsória de doenças, realizando a comunicação obrigatória à autoridade sanitária acerca de cada caso das doenças sob vigilância. No Brasil, cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, a seleção do elenco de doenças de notificação compulsória¹¹.

No imaginário da população, o trabalho do ACE se restringe a fiscalizar e a eliminar os focos do *Aedes aegypti*, como um mero “mata-mosquito”¹². No entanto, sabe-se que o papel do agente é cada vez mais relevante e estratégico, pois atua no controle de doenças infectocontagiosas e de endemias como: esquistossomose, febre amarela, leptospirose, malária, doença de chagas, zika, chikungunya, dentre outras, no campo da vigilância em saúde.

Para o controle dessas doenças é necessário que as atividades sejam executadas dentro e fora das unidades de saúde, nos locais de habitação e de trabalho da população. Observando os fatores de risco de adoecer, não se restringindo exclusivamente ao tratamento do dano provocado. É, portanto, uma ação do setor saúde, não só executando ações específicas de controle, como promovendo atividades vinculadas a outros setores da sociedade, como o de educação, de saneamento, de meio ambiente, de financiamento de projetos desenvolvimentistas, entre outros.

Durante o trabalho diário do agente, é indispensável esclarecer a população a respeito dos cuidados com o meio ambiente, a fim de prevenir e de controlar endemias. Dessa forma, o ACE é responsável pelo trabalho de prevenção e, intrinsecamente, pela transformação da percepção dos moradores, por meio do trabalho de conscientização e de Educação em Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) o ACE realiza ações operacionais e educativas, dentre outras, tendo como base o território. Entre essas ações,

destacam-se: identificar fontes de dados e informações relativas à população e à área geográfica, tendo como referência o território; mapear e referenciar geograficamente agravos, fatores de risco e outras informações relevantes relacionadas à saúde da população; orientar medidas de manejo ambiental para o controle de vetores e zoonoses; vistoriar imóveis para identificar situações de risco ambiental e de saúde; realizar ações de controle químico e/ou biológico de vetores e outros animais nocivos à saúde; realizar busca ativa das doenças transmitidas por vetores/zoonoses; proceder à coleta de amostras de material biológico em animais, conforme normalização vigente e identificar focos e criadouros de vetores e outros animais nocivos à saúde¹³.

Quanto às ações educativas, ainda de acordo com o MS, o ACE deverá executar ações de educação para a saúde e de mobilização social, voltadas ao indivíduo em escolas, igrejas e demais segmentos sociais. Em relação a ações de promoção da saúde: orientar sobre prevenção e controle de doenças, riscos e agravos à saúde; mobilizar a população para desenvolver medidas de proteção individual e coletiva para o controle de vetores, roedores, animais peçonhentos e zoonoses mais frequentes e, também, orientá-la quanto à guarda responsável de animais domésticos e de animais peçonhentos.

Ainda compete ao ACE, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, encaminhar notificação dos casos suspeitos de dengue ao responsável pelo território; informar o responsável pelo imóvel residencial e não residencial sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue e vistoriar os imóveis, acompanhado pelo responsável, para identificar locais e objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue. Orientá-lo na remoção, destruição ou vedação desses de objetos; encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local, assim como, reunir-se sistematicamente com a equipe para trocar informações e repassar os índices de infestação por *Aedes aegypti* da área de abrangência, os índices de pendências e as medidas que estão sendo, ou deverão ser, adotadas para melhorar a situação¹⁴.

Diante deste panorama, a Educação em Saúde é considerada componente primordial das estratégias de controle de vetores na comunidade, haja vista representar um conjunto de práticas, conhecimentos e aprendizagens combinados para facilitar a promoção da saúde¹⁵. A ação educativa tem por intuito transformar e desenvolver a consciência crítica do cidadão, auxiliando decisivamente para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social¹⁶.

O agente realiza seu trabalho em âmbito local (microárea) visitando casas, comércios, indústria, espaços públicos, isto é, vive imerso na vivência da comunidade, em relações de poder, de trabalho e de afeto, conhecendo os conflitos vinculados à questão da territorialização. Contudo, o fato dos ACE desenvolverem suas atividades fora dos espaços formais de saúde¹⁷, faz com que o seu contato e integração com os demais profissionais de saúde fiquem prejudicados, já que a referência se limita muitas vezes a um único profissional: seu superior hierárquico.

Em *locus*, as práticas de saúde evoluem para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções acerca dos problemas modifiquem também as condições de vida das populações¹⁸. A distribuição dos serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delineando uma base territorial formada por agregações sucessivas, como a área de atuação dos Agentes de Combate às Endemias.

Certamente essa construção contínua do conhecimento, a respeito da área de atuação, é importante para o trabalho do ACE, pois, como é sabido, ser saudável vai além de não ter doenças, já que saúde e doença são influenciadas pela genética, pelo comportamento e pelo sistema de serviço de saúde; trabalhando todos os agentes e comunidade em uma mesma teia. Via de regra, o ambiente e os modos de vida têm grande influência na produção social dos problemas de saúde. Ambos mudam de forma permanente no tempo e no espaço, assim como a percepção das pessoas a respeito deles, é exemplo disso exposição a processos que produzem agravos à saúde.

Com todos esses elementos em constante transformação, o investimento em qualificação dos trabalhadores se faz imprescindível. Nesse contexto, a Educação Permanente cria possibilidades, novas formas e estruturas de trabalho diante das necessidades individuais e coletivas.

A política de Educação Permanente

Em agosto de 2007, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS n.º 1.996 que definiu novas diretrizes e estratégias para a execução da Política Nacional de Educação Permanente, adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. O documento reforçou o conceito de Educação Permanente como prática educativa, fundamentado no trabalho e no conhecimento prévio dos trabalhadores, na problematização da realidade, na aprendizagem significativa e na transformação da prática, também sugeriu que tais estratégias fossem construídas de maneira pactuada, com o envolvimento tanto do setor da saúde (gestores, trabalhadores e usuários) como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área da saúde)¹⁹.

A Educação Permanente aglutina práticas de ensino e aprendizagem, com políticas de Educação em Saúde, tendo em vista o trabalho, o trabalhador, as ações contínuas e interativas de educação em espaços formais e informais, inclusive no cotidiano laboral, auxiliando nos processos de transformação das práticas de trabalho.

Ao considerar a Educação Permanente como uma atividade institucionalizada, tem-se como objetivos a promoção de mudanças institucionais, o fortalecimento das ações da equipe e a transformação de práticas técnicas e sociais. Utiliza-se como pressuposto uma pedagogia centrada na resolutividade de problemas, que ocorre no ambiente de trabalho e propicia a apropriação do saber científico. Isso constitui uma atribuição da instituição de saúde na qual o profissional presta seus serviços²⁰.

Esse modo de ensino insere suas dimensões educativas durante o período de trabalho. Tem como foco instruir o aluno a adquirir autonomia para resolver conflitos reais, existentes em seu cotidiano, a partir da

problematização do processo produtivo e da relação entre seus diferentes sujeitos de forma dinamizada e reflexiva.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido interpretada, quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos, como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, contribuindo para romper com o paradigma tradicional que conduz os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Além disso, integra um instrumento que aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural, em que o ponto central nos processos de ensino-aprendizagem é o próprio sujeito que aprende, e é, ao mesmo tempo, um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação; operacionaliza-se no âmbito de localregiões de saúde, convoca os sujeitos a refletir de modo permanente sobre a realidade, busca soluções inovadoras para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualifica ações, no intuito de aumentar a resolutividade e a eficiência do serviço prestado²¹.

Para haver uma efetiva inserção da Educação Permanente, se faz necessário compreender o território e suas implicações no processo de trabalho dos Agentes de Combate a Endemias. Observa-se que essas regionalizações ou territorializações são organizadas pelo SUS por dois quesitos: demográfico e epidemiológico. O primeiro concebe-se por ser uma intervenção sanitária eficiente e por compreender os problemas que inquietam populações específicas e o epidemiológico seriam as doenças que afetam essa população²².

Dessa forma o Curso de Educação Permanente: Saúde e Educação em uma perspectiva integradora, em nível de especialização, contextualiza todas essas questões de forma a propiciar uma reflexão crítica a respeito dos processos de trabalho. Isso favorece o diálogo e promove um fazer coletivo na superação dos problemas identificados²³.

Política Nacional de Vigilância em Saúde

A partir da criação do SUS, implantado em 1988 por meio da promulgação da Carta Magna, fomentaram-se novos arranjos institucionais, resultando na organização do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI),

no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (Funasa); na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, posteriormente, em 2003, na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, quando se intensifica o processo normativo de descentralização das ações de vigilância²⁴.

Por meio da Portaria, fortalece-se o papel do gestor de estados e municípios e amplia-se o escopo das ações de vigilância em saúde, compreendendo, entre outras, as seguintes ações: I) Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos; II) Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; III) Vigilância em Saúde Ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos; IV) Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde; e VI) Análise da situação de saúde: propicia ações de monitoramento contínuo no país, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento mais abrangente na área²⁵.

Após vários estudos, criação de grupos, realização de atividades e publicação de algumas portarias, em 2018, foi instituída pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de n.º 588, de 12 de julho de 2018, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que se apresenta como um aperfeiçoamento do modelo anterior e se propõe a inserir a Vigilância nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), em todos os níveis de atenção do SUS. Abordada como um de seus pilares, a integralidade da Política Nacional de Vigilância em

Saúde consolida como uma de suas ferramentas a Educação Permanente em Saúde, devendo ser inserida não só no trabalho dos profissionais, mas também na comunidade e no controle social, claramente promovendo uma interação, com o objetivo de ampliar a resolutividade das ações e serviços²⁶.

A combinação dos instrumentos da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental visa tornar possíveis respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde, tendo os Agentes de Combate às Endemias como um dos atores fundamentais nessas ações²⁷.

Como Agente de Endemias desde 2011, vivenciei a experiência de que os agentes são a ponta da Atenção Básica, são o Sistema Único de Saúde (SUS), presentes nos domicílios de forma regular e constante, sendo seus olhos e ouvidos, o que torna essa profissão desafiadora. Buscando qualificação e aperfeiçoamento das práticas, me inscrevi no Curso de Educação Permanente: Saúde e Educação em uma Perspectiva Integradora, realizado na modalidade EaD pela UAB (Universidade Aberta do Brasil) e a ENSP/FIOCRUZ (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca) entre os anos 2020 e 2021. Afinal, para ser um bom profissional, é preciso buscar aperfeiçoamento constante.

Objetivo

Implantar ações de Educação Permanente no setor de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Anápolis (GO), para resolução de conflitos interpessoais da equipe e melhorar a qualidade do trabalho prestado à comunidade.

Descrição das técnicas, métodos ou processos de trabalho implementados, ou em planejamento

Foram realizadas microintervenção para reconhecimento do território, dos processos de trabalho, dos problemas e nós críticos; em seguida, foram realizadas rodas de conversa, com a finalidade de levantar as adversidades encontradas nos processos de trabalho e com intuito de valorizar, compartilhar as experiências e ainda de apresentar a Educação Permanente para trazer reflexões a respeito do processo de trabalho e suas implicações. O

diálogo em grupo permitiu reconhecer alguns padrões de interação pessoal e institucionais, perceber o pensamento do outro e avançar na consolidação do grupo, e do grupo à equipe de trabalho.

No entanto, o fato de os ACE desenvolverem suas atividades fora dos espaços formais de saúde impede a existência de um espaço físico fechado com infraestrutura adequada. Devido aos empecilhos impostos pela gestão local, não foi possível realizar outras rodas de conversa. Como alternativa, foi aplicado um breve questionário junto aos ACEs.

Todos os participantes descreveram o processo de trabalho como uma tarefa cotidiana, sendo a principal atividade eliminar os criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, também foram lembrados aspectos como Educação em Saúde e relacionamento com o usuário. Além disso, relataram que suas atividades são realizadas rotineiramente, muitas vezes sem participação no planejamento das ações e com limitado poder decisório em relação às responsabilidades.

Principais resultados alcançados ou esperados

No que diz respeito aos problemas existentes no processo de trabalho, elencaram-se as seguintes questões: mesmo com a divulgação nos meios de comunicação, as visitas regulares dos Agentes de Combate às Endemias, o morador ainda insiste em armazenar água de forma inadequada. Esse fator, somado ao alto índice de imóveis fechados, outro problema, eleva o número de casos confirmados de dengue. Contudo, sobre as questões enumeradas acima, não há governabilidade do ACE, o que existe é a dependência de políticas de trabalho e também de questões administrativas.

A falta de cooperação entre a equipe técnica e a gestão foi levantada, tendo como principais causas: a falta de comunicação, a liderança centralizadora, problema de relacionamento entre os participantes e informações dispersas.

Em outro momento, estávamos vivenciando o início da Pandemia da covid-19, um período de apreensão por parte de todos. Depois de algumas conversas, ainda presenciais, o grupo me escolheu para representar a equipe em

reuniões propostas pela chefia, com o objetivo de elaborar uma nova estratégia para que o nosso trabalho fosse realizado de forma segura e eficiente. Mesmo com as diferenças, houve diálogo, reflexões e estruturação de propostas, tudo desenvolvido em conjunto.

Conclusões e recomendações

Diante das observações, das falas e do questionário aplicado nas microintervenções, foi possível detectar dificuldades de comunicação e interação entre os membros da equipe e desses com a gerência, impasses que interferem diretamente nas atividades cotidianas. Nesse sentido, este trabalho proporcionou maior envolvimento e comprometimento dos ACE, melhorou o ambiente laboral e aumentou a aprendizagem, enquanto experiências foram compartilhadas. Durante a execução, acreditou-se que este projeto ofereceria resultados positivos aos Agentes de Combate às Endemias da Microárea III, uma vez que as relações foram repensadas e os territórios reorganizados, favorecendo as intervenções.

Ao longo do processo, foram vivenciadas ações e metodologias problematizadoras que foram gerando definição para esse projeto de intervenção, que objetivou utilizar a Educação Permanente para solucionar os conflitos entre os membros da equipe, bem como entre esses e sua gestão. Ao final, foi elaborado um plano de ação que será implementado em dois momentos, por meio das metodologias roda de conversa e mapeamento participativo.

A proposta das rodas foi coerente com a promoção da saúde, ao defender a produção de sujeitos autônomos, críticos, reflexivos e livres, que se constituem no encontro com o outro, em coletivos democráticos e participativos. A promoção da saúde surge com a defesa de valorização e da participação social, a partir da articulação de saberes técnicos e populares, bem como pela mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução dos problemas de saúde, isto implica na necessidade do trabalho em redes participativas e parceiras, com

um olhar ampliado para a multideterminação dos problemas, que precisam de propostas que tragam respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores.

Quanto ao mapeamento participativo, é importante lembrar que para o Agente de Combate às Endemias é indispensável compreender o território e a sua dinâmica. Nesse sentido, o mapeamento participativo pode ser classificado como o processo de espacialização e transcrição do conhecimento de um dado coletivo ou comunidade em relação a uma determinada paisagem, ou localidade. É instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários. Dessa forma, o processo de reconhecimento do território de atuação das equipes deve refletir as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, em situações concretas que contribuam para produção da saúde. Assim como o mapa busca representar o território, seu processo de confecção e interpretação demonstra a apropriação deste pelos agentes que o transforma.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/anapolis.html>. Acessado em: 20 abr. 2024.
2. Teixeira LS, Mota MS, Oliveira NPT, Negreiros CB, Silva BM, Correia SF, et al. Perfil clínico-epidemiológico da dengue no município de Anápolis - Goiás entre os anos de 2016 a 2020. *Cogitare Enferm.* 2022;27:e83371.
3. Motta JIJ, Ribeiro EC. O Educação Permanente como estratégia na Reorganização dos serviços de saúde; 2005.
4. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de saúde pública: a visão da Funasa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Porto MY. Uma revolta popular contra a vacinação. *Ciência e cultura.* 2003; 55(1): 53-54.
6. Varga IVD. Fronteiras da Urbanidade Sanitária: sobre o controle da malária. *Saúde e Sociedade.* 2007; 16 (1): 28-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100004>.
7. Ministério da Saúde. Cem anos de saúde pública: a visão da FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Almeida ALC. Projeto de intervenção para a redução da incidência de casos de doenças infecciosas e parasitárias na e Equipe de Saúde da Família Vila Calumbi, Unidade Básica de Saúde Colonização III, Nova Porteirinha, Minas Gerais [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.
9. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB

- SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 1999; 15dez.
10. Presidência da República. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2006; 6 out.
 11. Segurado AC, Cassenote AJ, Luna EA. Saúde nas metrópoles-Doenças infecciosas. Estudos avançados.2016; 30:29-49.
 12. Torres R. Agentes de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho. 2009; 3:16-17.
 13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. O agente comunitário de saúde no controle da dengue. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 15. Henriques LF, Silva AL. Educação em saúde e o controle do *Aedes aegypti*: A experiência do Estado de São Paulo. <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v9n99/v9n99a01.pdf>
 16. Presidência da República. Portaria n. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2007; 22ago.
 17. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância ambiental em saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
 18. Mendes EV. A vigilância a saúde no distrito sanitário. Brasília: OPAS; 1993.
 19. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Diário Oficial União. 2007; 22ago.
 20. Almeida MJ. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. Olho Mágico. 1997; 5(14): 41-7.
 21. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(6):1817–28.
 22. Rodrigues PH. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
 23. Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância. Caderno do aluno: educação permanente: saúde e educação em uma perspectiva integradora / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância. – Rio de

Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, CDEAD, 2019.

24. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. Brasília: Diário Oficial da União. 1999; 15dez.
25. Ministério da Saúde. Portaria no 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2009; 245(23): 65-69.
26. Raddatz M. A educação permanente em saúde como instrumento de gestão em saúde: uma revisão narrativa; 2012.
27. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate. 2018;42(esp.1):130-44.
28. Motta JIJ, Ribeiro, Eliane CO. Educação Permanente como estratégia na Reorganização dos serviços de saúde; 2005.

DESCRISTALIZAR AS VIOLÊNCIAS NO SERTANEJO: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE GÊNERO, MORBIMORTALIDADE E CUIDADO AO PÚBLICO MASCULINO COM EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA DO SERIDÓ POTIGUAR

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva*

Introdução

“Homem é assim mesmo... eles não se cuidam!”. Dentro e fora dos serviços de saúde, eoa, dentre tantas, essa sentença determinante (ou determinista). Diluída no cotidiano, tanto aponta para uma reflexão histórica (sobre uma divisão sexual/de gênero acerca da tarefa de cuidar) nem sempre questionada, como também serve, por vezes, de tapume inadequado às inúmeras lacunas do acesso aos direitos básicos.

Os homens se destacam com mais problemas de peso, alimentação menos saudável, além do tabagismo e uso problemático de álcool, indicadores que envolvem condições de vida, mas têm também importante relação com o distanciamento do nível de promoção de saúde¹. Entre os acidentes de trabalho com animais peçonhentos na população de trabalhadores do campo, floresta e águas, os homens também são maioria, revelando contextos laborais precarizados e que aumentaram em número de ocorrências de acordo com as últimas análises epidemiológicas².

As diferenças epidemiológicas não se apresentam só em comparação às mulheres, mas dentro do próprio grupo de homens brasileiros. As

* Especialista em Impactos da Violência na Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. pfeifer.silva@ufrn.br

relações entre masculinidade e saúde necessitam, inevitavelmente, abordar a formação social do país, contemplando suas bases eugenistas e opressoras de classe, raça, gênero e sexualidade, que impactam no desenho das políticas, na operacionalização de suas execuções e no entendimento dos sujeitos de direitos de cada uma delas³. De forma geral, a experiência limitada a demandas estereotipadas dos homens brasileiros no processo saúde-doença-cuidado se expressa, por exemplo, até na formulação daquilo que devia ser um dos mais destacados documentos orientadores – a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH)⁴ – cujo tom das ações é focalizado nas neoplasias de próstata, embora sejam as violências e causas externas que, prioritariamente, estão entre mortes e agravos desse público.

Os homens brasileiros correm um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio em comparação com as mulheres. No entanto, não é observada a mesma gravidade nos rastreamentos de transtornos mentais comuns, o que sugere um possível subdiagnóstico nesse grupo. Isso evidencia como uma série de condições materiais vulneráveis e a naturalização de padrões de gênero que associam os homens a representações antagônicas ao cuidado impactam na produção de sofrimento mental severo⁶. Também é preocupante que liderem as taxas de internações por lesões, envenenamento e outras consequências, como a própria mortalidade, de causas externas, na qual se destacaram, entre 2009 e 2014, os óbitos provocados por agressão de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada; agressão por objeto cortante ou penetrante; acidente com um veículo a motor ou não motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s) e lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação⁷.

Durante minha experiência profissional no interior potiguar, mais especificamente na cidade seridoense de Currais Novos, entre 2020 e 2022, com vínculo de psicóloga-residente no programa multiprofissional em Atenção Básica, de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) a outros equipamentos de saúde da cidade, pude observar a escassez de embasamento teórico e técnico para atuar com questões relacionadas à saúde mental, uso de drogas, casos de violência e o público masculino relacionado a essas demandas.

No geral, quando esses casos ganham destaque, são entendidos como de intervenção policial e/ou hospitalar. Certamente, quando há evolução para estados críticos, com vínculos fragilizados e outros complicadores físicos e psicossociais, parece que a rede de “tecnologias leves” não pode mais fazer nada. Por outro lado, não se explora as tarefas de promoção e prevenção, compreendendo que o olhar sobre o território e as famílias precisa ser crítico, de forma que no cotidiano dessas equipes se desenvolva uma sensibilidade para intervir precocemente, dentro do acompanhamento longitudinal que já deve ser realizado.

No ano de 2019, o Hospital Regional Doutor Mariano Coelho, situado em Currais Novos, registrou 221 atendimentos classificados como ocorrência de violência autoprovocada/interpessoal de usuários que residem no município, sendo 131 deles acolhimentos realizados para homens (dados do Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica sistematizados para o sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN). Este dispositivo de saúde, por meio do serviço de urgência, acaba se tornando porta de entrada para a maior parte dos casos relacionados a violências e acidentes. É, também, responsável único, atualmente, pelo registro e notificação desses dados na cidade. Esses casos, que chegam em situação aguda/grave, parecem não ter contra-referência quando voltam ao território onde residem e transitam, uma vez que as UBSs da cidade ainda não conseguem realizar trabalhos de notificação e têm, como na realidade nacional, dificuldades no planejamento de atividades de prevenção – para além das campanhas pontuais e engessadas do Agosto Lilás e do Setembro Amarelo –, até mesmo antes do contexto pandêmico.

A partir do registro de mortalidade por violência e acidentes em Currais Novos, ocorridos durante 2019 (SINAN/DATASUS), verifica-se predominante um perfil masculino acometido por causas externas. De 15 óbitos, 13 foram de homens. Acidentes envolvendo motocicletas, quedas, afogamentos/submersões podem indicar ocorrências relacionadas tanto a dinâmica da cidade, que é de pequeno porte e na qual a moto é um dos principais meios de deslocamento, como ao trabalho^{8,9} e a exposição a comportamentos de risco, uma vez que a visita a açudes é uma das opções de

lazer principais da região e, junto a ingestão de álcool, não é incomum óbitos que decorrem de acidentes nestas ocasiões.

As lesões autoprovocadas intencionalmente e as agressões também chamam atenção. Segundo o Atlas da Violência – 2020¹⁰, o Rio Grande do Norte, especificamente, foi o estado com segunda maior taxa de homicídios de jovens por grupo de 100 mil (com 119,3, indicador que supera o valor nacional, 60,4); e quarto maior percentual taxa de homicídios de negros nos últimos dez anos (175,2%).

Aqui, cabe também destacar como o conceito de patriarcado é fundamental para visualizar essas questões de saúde e segurança pois, para além dos prejuízos que impõe, repressivamente, para outras identidades de gênero, aos homens também é gerado ônus, pois os conceitos que ditam a vida, as emoções e realizações possíveis são formulados com limitações para ambos polos dessa dicotomia “homem x mulher”. É como Heleith Saffioti analisa o peso colocado sobre os homens que, ao tentar dominar as mulheres, precisam também se castrar, além de serem explorados de formas distintas, seja pela tarefa do “macho provedor”, por necessitarem se fazer “máquinas” na demanda produtivista do trabalho ou por não poderem se aproximar de características flexíveis e sensíveis: “O homem será considerado macho na medida em que for capaz de disfarçar, inibir, sufocar seus sentimentos. A educação de um verdadeiro macho inclui necessariamente a famosa ordem: ‘Homem (com H maiúsculo) não chora’”¹¹.

Um estudo sobre internações hospitalares por condições sensíveis ao domínio de atuação da Atenção Básica (AB), apontou que os homens têm maior prevalência, maior taxa de permanência e maior custo médio de internação¹². Na AB, por outro lado, não se observa a assiduidade do público masculino entre os atendimentos, uma vez que compõem, mais sistematicamente, grande parte da população economicamente ocupada [fora de casa], sendo difícil comparecer às unidades de saúde, por exemplo, durante os períodos matutino e vespertino de expediente, a não ser quando há oferta noturna de ações¹³.

Entretanto, além de frisar que os atendimentos noturnos ainda são exceção nos dispositivos do nível primário, é necessário discutir outros fatores que também impedem ou constroem a procura dos homens a

serviços de saúde, sobretudo em situações não consideradas “agudas”. É o caso das repercussões geradas ao se reconhecer doente ou com algum problema de saúde, especialmente no ambiente de trabalho, onde o receio de demissão é importante obstáculo considerando a conjuntura precarizada dos trabalhadores¹⁴, ou da discriminação com pacientes pobres e analfabetos¹⁵.

Por séculos, esses homens não foram (e ainda não são) incluídos nas iniciativas de promoção de saúde que buscam compreender seu distanciamento dos serviços de saúde. Não se incentiva que vejam a prevenção como uma possibilidade de cuidado, em contraposição à subjetivação rígida do “arrimo da família”. Também não se problematizam as formas violentas de relacionamento como uma questão de saúde, em vez de atribuir isso a um descontrole puramente biológico ou até mesmo a um “mau caráter».

Sabe-se que a AB, dentro do SUS, é responsável pela coordenação do cuidado e atendimento de um grande percentual de demandas da população, mas, infelizmente, carecendo com um histórico de subfinanciamento, tem impedida a oferta de uma assistência suficiente e qualificada a muitas necessidades¹⁶. Além da precariedade material, que não foi superada em nenhum momento ao longo de toda a existência do SUS, especialmente em redes no interior do país, cresce a cobrança por produtividade sobre os trabalhadores da saúde, por meio de metas e diretrizes que, por sua vez, implicam a existência de competências e habilidades para atuar adequadamente com um universo de temas.

Diante desse cenário, em um contexto pandêmico, quando as atividades de capacitação eram necessárias e, por vezes, as únicas possibilidades viáveis em termos de cuidados sanitários – uma vez que as atividades juntos à população ficaram por bom tempo restritas –, surgiu o questionamento disparador para este projeto de intervenção. A necessidade de questionar a cultura local, as formas socialmente legitimadas de reproduzir a agressividade, além de outros elementos da subjetivação masculina no sertão do Brasil, se configura um elemento importante para olhar os usuários de cada território e repensar os processos de busca ativa, acompanhamento familiar, elaboração de campanhas e de “ações especializadas” para os homens.

Objetivos

Desenvolver um grupo de Educação Permanente com oficinas voltadas para profissionais da Atenção Básica do município de Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil, que contemplem questões culturais e condições de vida do público masculino da região, operantes na violência e na reprodução de comportamentos vulneráveis e seus impactos no processo saúde-doença-cuidado desses usuários. Para isso, almeja-se, também, discutir nas oficinas conceitos e evidências estatísticas de morbimortalidade relacionadas aos acidentes e às violências entre homens, no Brasil, no estado, na cidade e propiciar reflexões sobre a postura das equipes diante deste cenário.

Percurso metodológico

Trata-se de um projeto de Educação Permanente destinado a profissionais alocados na Atenção Básica, com base nas características do município de Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil. A cidade de Currais Novos possui 41.318 habitantes, com maioria católica e com 44,2% vivendo com renda per capita de até meio salário mínimo¹⁷. Localiza-se na microrregião do Seridó oriental, cujo histórico político sobre a territorialização do bioma caatinga promove, até hoje, na experiência de vida dos sertanejos, o sofrimento com a seca, o racionamento e a migração. Seu sistema de saúde conta com 24 dispositivos da Atenção Básica, sendo 14 unidades básicas de saúde e 10 salas de vacina (inseridas nas UBSs).

A reflexão sobre o território e sobre a construção cultural, histórica e econômica da masculinidade é também uma forma de observar a própria construção de cada trabalhador enquanto ser humano, com gêneros socialmente atribuídos, questões de classe, raça e outras relações sociais. Assim, neste projeto, em um formato presencial e coletivo de reflexão, espera-se que estes trabalhadores se beneficiem dos processos de pertencimento, comunicação e aprendizagem para além da dimensão pedagógica, contemplando também um exercício afetivo, ainda que exista um tema/objetivo definido. Portanto, este percurso é estruturado para a criação de um grupo fechado (sem rotatividade

de componentes e que se estabeleça uma cronologia/participação continuada) e que possua em torno de 15 participantes¹⁸.

Sujeitos envolvidos

O público-alvo é de profissionais da Atenção Básica, de qualquer gênero, que exerçam qualquer função nos dispositivos e que se interessem em participar. Há interesse de contemplar todas as áreas da cidade, sendo desejável que pelo menos um profissional de cada UBS da cidade faça parte dessa composição e possa atuar como multiplicador, posteriormente. Um limite de até 20 pessoas está estabelecido, considerando que são 14 equipamentos de AB.

Pela temática da proposta e considerando a rede construída na cidade, no que diz respeito a articulação entre saúde, violências e garantia de direitos, elenca-se o benefício de estabelecer parcerias, intra e intersetoriais, com destaque para: a Coordenação de Atenção Básica e o Setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Currais Novos; o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) do Hospital Regional Dr. Mariano Coelho; o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); e os Conselhos Municipal de Juventudes e de Direitos das Mulheres.

Etapas e recursos

O convite será feito em cada área de atuação das equipes, após discussão prévia com a Secretaria Municipal de Saúde, focando principalmente no setor de Vigilância em Saúde e na Coordenação de Atenção Básica. Esses setores estão mais próximos dos servidores e são vistos como potenciais colaboradores para ajustes necessários na capacitação de acordo com a situação de saúde local. Pretende-se realizar os encontros, um a cada semana, totalizando sete momentos em grupo (Quadro 1), com reserva do auditório da sede da Secretaria Municipal de Saúde do município exclusivamente para os componentes. Serão utilizados recursos de baixo custo (itens de papelaria e equipamentos audiovisuais) para construção de oficinas e momentos reflexivos.

As oficinas têm foco, são estruturadas e permitem que o grupo elabore diversamente em torno dos temas trazidos, ou seja, ao mesmo tempo em que são planejadas, permitem que significados e afetos sejam criados pelos participantes, extrapolando as informações trazidas pelo facilitador. Para aquelas de cunho mais operativo, que ensinam novas aprendizagens dos participantes em seus contextos, recomenda-se um mínimo de sete encontros e máximo de quinze¹⁹. A ordenação dos temas nas oficinas deste capítulo (planejadas para os encontros dois e sete) objetiva seguir uma gradação no processo de problematizar papéis de gênero e de que forma essas lentes teóricas devem ajudar as equipes no trabalho – que requer estudo mas também suporte material e afetivo – com casos de violência e a distância dos homens entre os serviços de saúde, considerando os traços rígidos impostos às suas subjetivações pelo sistema.

As atividades de reflexão serão disparadas a partir de debates coletivos e momentos expositivos, para os quais serão necessários obras musicais e audiovisuais (exibidos e analisados na tentativa de articulação com a experiência social de significados compartilhados) e os dados sistematizados pelo Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica da cidade e do material integral da Política Nacional de Saúde do Homem, viabilizando o embasamento em pesquisas mais consistentes acerca de morbimortalidade por causas externas, detalhados por localidade, gênero e tipo de ocorrência.

Nesse sentido, a partir da articulação entre vivências pessoais, percepções acerca da cultura e do cotidiano, bem como o (re)conhecimento do retrato epidemiológico de necessidades em saúde ligadas às masculinidades, busca-se explorar de forma variada e sensível os materiais que embasam este percurso de educação profissional. O desvelamento sobre as contradições em torno das masculinidades são discutidas por muitos trabalhos^{20,21,22,23}, em especial do campo das ciências humanas e sociais, o que pode tornar o uso de músicas em diferentes estilos e produções como as telenovelas e filmes, um artifício diferencial na composição desta forma de Educação Permanente.

Cuidados éticos

Para este projeto, a escuta às falas e o compartilhamento de dados se darão sob manejo do acordo de confidencialidade acerca do que emerge e é tratado no grupo. Há expectativa de que, não raramente, sejam evocados casos de saúde reais do território, bem como os momentos de desabafo, de discussões e divergências de posicionamentos. Estará contemplada, portanto, no espaço inaugural do grupo, no início e no desfecho de cada encontro, a necessidade de manter o endereçamento de falas ou qualquer expressão que diz respeito aos assuntos discutidos dentro dos horários protegidos da Educação Permanente, tanto para profissionais como para parceiros de distintas organizações.

A facilitadora também ficará à disposição de membros que necessitem de escuta particular, compreendendo que os temas de gênero, violências e trabalho em saúde são potencialmente mobilizadores. Dessa forma, de acordo com a resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde²⁰, este projeto deve seguir os princípios de eticidade, que respeitem autonomia e vontade dos participantes em seu processo de vinculação com o grupo; de confidencialidade das informações utilizadas em cada tarefa ao longo dos encontros; e o respeito à privacidade.

Quadro 1. Matriz de intervenção

	Tema	Objetivo específico	Recursos necessários	Duração e responsáveis pela execução
EENCONTRO I	<p>Apresentação inicial da proposta, acordos do grupo e coleta de expectativas dos participantes.</p> <p>Momento de apresentação dos profissionais e reflexão: O que é ser homem e o que é ser mulher?</p>	<p>Compreender o que cada um espera das oficinas pessoalmente e também profissionalmente.</p> <p>Refletir como uma intervenção/norma cultural modificou a autopercepção, identidade e atitudes de cada um.</p>	<p>Apresentação da facilitadora do grupo.</p> <p>Histórias pessoais: Cada integrante deve pensar e trazer alguma situação de sua infância em que chorou e outra em que “segurou” o choro.</p>	<p>Duração prevista: 3 horas.</p> <p>Autora.</p>

EENCONTRO 2	Gênero e cotidiano na divisão de trabalho capitalista.	Observar como o autocuidado e estilos de vida são consequências – e não exclusivamente escolhas individuais – de como o tempo é dividido pelas atividades que cada gênero desempenha no atual sistema de produção.	Oficina – construindo o relógio Em pequenos grupos, devem-se desenhar quatro relógios. Dois deles representarão o dia a dia dos homens de segunda a sexta-feira e nos finais de semana. Os outros dois relógios serão para retratar a dinâmica das mulheres. Materiais: papel madeira, pilotos.	Duração prevista: horas Autora + conselhos municipais.
EENCONTRO 3	Morbimortalidade de homens com acidentes e violência: entre a Política Nacional e a realidade curraisnovense.	Apropriar-se de informações importantes sobre a realidade local quanto ao destaque que homens possuem dentre mortes e ocorrências violentas. Discutir o texto a partir dos acúmulos de encontros anteriores e a partir da prática na assistência em saúde.	Exposição de dados sistematizados pelo Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica da cidade. Materiais: computador e projetor. Leitura coletiva da Política Nacional de Saúde do Homem (Ministério da Saúde). Materiais: PNAISH impressa.	Duração prevista 4 horas. Autora + NHVE.
EENCONTRO 4	O homem como máquina.	Elencar principais demandas que chegam espontaneamente por queixas trazidas de usuários nos bairros em que cada um trabalha. Refletir sobre o possível enfoque de queixas físicas e timidez quanto ao cuidado preventivo e emocional.	Roda de conversa: como os homens chegam aos serviços que vocês atendem?	Duração prevista:4 horas Autora + Secretaria de Saúde.

EENCONTRO 5	Homem não chora: emoções, sexualidade e saúde mental.	Observar como há diversas formas de naturalizar e conformar papéis de gênero e sexualidade que são produtos da sociabilidade (ciúmes, depressão, machismo, consumo de drogas, baixa autoestima, silenciamento, LGBTfobia).	<p>Análise de músicas brasileiras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulher ingrata e fingida (Kara Vêia); - Vida Loka pt1 (Racionais MCs); - Vidinha de balada (Henrique e Juliano); - Sabotaram meu copo (MC Priscila); - Marina morena (Nelson Gonçalves); - Faixa Amarela (Zeca Pagodinho); - Me lambe (Raimundos). <p>Materiais: papéis com as letras impressas e caixa de som.</p>	<p>Duração prevista: 4 horas.</p> <p>Autora.</p>
EENCONTRO 6	Homem como bicho.	<p>Desmistificar os estereótipos sobre homens violentos, desvelando suas bases racistas e de classe.</p> <p>Problematizar a lógica punitivista como solução e refletir sobre sua influência nas intervenções da saúde.</p> <p>Refletir sobre opções de lazer na cidade para meninos, adolescentes, homens adultos e idosos.</p>	<p>Cinedebate de produções audiovisuais que ilustrem como a “agressividade masculina” é também um aprendizado em vários ciclos e fases da vida.</p> <p>Materiais: computador, projetor e caixa de som.</p>	<p>Duração prevista: 4 horas.</p> <p>Autora + conselhos municipais.</p>
EENCONTRO 7	O que fazer em Currais Novos?	Avaliação do grupo e elaboração acerca de mudança no/para o cotidiano de trabalho na AB do bairro e/ou cidade relacionada às dinâmicas de gênero que influenciam o acesso dos homens aos serviços e sua morbimortalidade.	<p>Oficina: o que pode ser feito de outra forma na sua prática?</p> <p>Materiais: computador, projetor, caixa de som, cartolinas, hidrocor, papéis A4.</p>	<p>Duração prevista: 4 horas.</p> <p>Autora + vigilância em saúde.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Resultados esperados

Sem surpresas, o desenho da morbimortalidade dos homens brasileiros relaciona-se fortemente às determinações laborais e aos comportamentos de risco decorrentes de papéis de gênero, que ensinam e endossam uma imagem viril, dominadora, produtiva e exposta aos perigos²¹. Ao mesmo tempo em que acabam por protagonizar maior número de casos de tipos de violências, lançam-se (ou são lançados, a partir de sua socialização), a um conjunto de atitudes, linguagens e formas de compreender e lidar com suas dificuldades no tom em que a sobrevivência no capitalismo, a partir de um cotidiano intolerante, permite.

Espera-se fomentar a análise de que os inúmeros fenômenos relacionados a violência e acidentes deveriam ser considerados necessidades de saúde e, minimamente, implicar os trabalhadores deste campo. Pensando no andamento das oficinas, uma avaliação de tarefas relacionadas a cada tema e cada dinâmica deve ser feita, considerando demandas internas (como cada trabalhador da saúde se implica com as temáticas) e externas (no sentido de desdobramentos para a prática nos serviços de saúde) que o grupo manifestar²².

Espera-se que as equipes, ao refletirem sobre suas histórias pessoais e experiências profissionais em cuidado longitudinal, compreendam que a hesitação em buscar ajuda para problemas físicos e emocionais não é a causa, mas o efeito das limitações ou apoios que a sociedade, em diversos setores, oferece. É essencial situar o pensamento crítico na área da saúde para evitar que essa separação seja naturalizada⁶. Esta intersecção entre uma elaboração pessoal e a formação profissional pode ser potente, compreendendo dinâmicas de sensibilização – ainda mais quando constatamos a óbvia realidade de que trabalhadores de saúde são tão humanos quanto os usuários que atendem – enquanto recurso importante nessa trajetória, que deve ser entendida como contínua²⁰.

Objetiva-se realizar, também, a crítica aos manejos punitivistas e de asilamento dos homens institucionalizados por essas demandas, além da própria desassistência²³. Há uma naturalização massiva, para as camadas

pobres e não brancas do país, de identidades masculinas que agrupam elementos da condição precária da classe trabalhadora: o homem louco, o homem violento, o homem bruto, o homem descuidado. Assim, redirecionar a frequência, formato e conteúdo de saúde e, principalmente, daquelas relacionadas ao enfrentamento/prevenção da violência aos homens, é também uma expectativa das reflexões fruto dos encontros propostos na intervenção, sempre no sentido da intersetorialidade.

Conclusões

A escassez de informações e de estímulo ao pensamento crítico no cotidiano de assistência à saúde leva muitos colegas ao próprio adoecimento, pois na sobrecarga de demandas e falta de apoio, perdem de vista o entendimento sobre a determinação social dos processos aos quais atendemos. Assim, durante um profundo movimento de privatização do SUS, que acompanha também a educação e a assistência social, cada pessoa que trabalha no campo do cuidado pode se enxergar como solitária e, por vezes, carregando o peso injusto da irresolutividade nas próprias costas – peso que cabe apenas aos mandantes desses ataques, inimigos da classe trabalhadora e de qualquer racionalidade digna.

No sentido contrário do que se cristalizou – que apenas estagiários e residentes parecem ter a missão de “se atualizar”, estudar e refletir –, este projeto objetiva propiciar momentos diferentes do espaço academicista e da rotina de “apagar incêndios” de um serviço que não consegue mais garantir sua própria referência: cuidar das famílias e comunidades. Das histórias individuais ao panorama epidemiológico da cidade, passando por músicas e novelas, podemos adotar diferentes perspectivas sobre problemas que, afinal, também se configuram como questões de saúde. O machismo emerge como uma categoria significativa em nossa realidade. Para a surpresa de alguns, nenhuma variante do SARS-CoV-2 impediu a população brasileira de sofrer violações de direitos e repressões, todas essas orientadas pelos sistemas opressores de classe, raça e gênero.

Como é quase impossível não se afetar pela dor do outro, assim como sozinhos não podemos resolver tudo, ser “herói” da saúde custou muito caro para nós nos últimos anos. Foi neste período que chegou, particularmente para mim, o curso de Impactos de Violência na Saúde, o percurso que viabilizou o esboço deste projeto: uma das poucas novidades boas durante o período de pandemia, um processo de formação que parece entre marés, me levar de uma angústia a uma esperança, de tempos em tempos.

Na cidade onde atuei durante a crise sanitária, além de refletir profundamente sobre as violências e seus impactos na saúde, me dediquei, paralelamente às questões relacionadas à covid-19, a buscar formas de tornar mais integral a abordagem das relações de gênero desiguais. Havia a preocupação de que essa temática não fosse abordada de forma dispersa, como tem ocorrido em muitas discussões. Criticando o punitivismo e a criminalização de homens negros e pobres no Brasil, e reconhecendo a necessidade de mapear as necessidades dos diversos grupos que buscam sobreviver na atualidade, este projeto foi concebido. O objetivo era refrear nossos impulsos e preconceitos ao lidar com o desafiador trabalho de diariamente disputar corações e mentes, inclusive daqueles que parecem tão brutalizados que, eventualmente, até o SUS pode negligenciar seu compromisso com eles.

Entre formações sexistas e sistemas de educação, saúde, transporte e assistência social desfinanciados, circulamos entre o homem que não se cuida e o não cuidar dos homens. Dessa barreira, nós, profissionais de saúde, também participamos de sua construção mesmo que não propositalmente. E podemos, conscientemente, participar de sua derrubada. O Sistema Único de Saúde, sozinho, ainda que insuficiente, é necessário para enfrentar as problemáticas que vivemos e luta, internamente, com o desafio de ainda ser consolidado, portanto, nossa formação uni e multiprofissional está sempre a ser aprimorada.

Referências

1. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012.

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 50 (11) - Acidentes de trabalho por animais peçonhentos entre trabalhadores do campo, floresta e águas, Brasil 2007 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
3. Santos H, Nardi H. Entre o trabalhador e o vagabundo: produção de masculinidades na história da saúde no Brasil. *Temas psicol.* 2018; 26(4): 2299-2316.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 52(33). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
6. Silva R, Melo E. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021; 26(10): 4613-4622.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
8. Moreira MR, Ribeiro JM, Motta CT, Motta JIJ. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6?. *Ciênc saúde coletiva [Internet].* 2018;23(9):2785-96.
9. Souza CDF de, Machado MF, Quirino TRL, Leal TC, Paiva JPS de, Magalhães APN, et al. Padrões espaciais e temporais da mortalidade de motociclistas em estado do nordeste brasileiro no século XXI. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(4):1501-10.
10. Cerqueira D, Bueno S, Alvez P, Lima R, Silva E, Ferreira H, et. al. Atlas da violência 2020. Brasília: IPEA; 2020.
11. Saffioti H. O poder do macho. São Paulo: Moderna, 1987.
12. Oliveira TL, Santos CM, Miranda L de P, Nery MLF, Caldeira AP. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(10):4541-52.
13. Melo DS, Silva ALA, Martelli PJJ, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes ACG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(10):4569-78.
14. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: teoria e prática.* 2011; 13(3), 152-166.
15. Miranda S, Oliveira P, Moraes V, Vasconcellos L. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à Atenção Primária à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2020; 18:1-22.
16. Tesser C, Norman A, Vidal T. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate.* 2018; 42(sup1): 361-378.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Currais Novos, RN. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/currais-novos/panorama>.

18. Oliveira H. Grupos: o que são e como se organizam. In: Afonso ML, organizador. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2 ed. Belo Horizonte:Artesã; 2019:27-35.
19. Afonso M, Coutinho A. Metodologias de trabalhos com grupos e sua utilização na área da saúde. In: Afonso ML, organizador. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: Artesã. 2019: 59-68.
20. Verunschik M. Nordestinidade: identidade e machismo no forró pé de serra e no forró eletrônico. *Galáxia (São Paulo)*. 2015; 29: 304–307.
21. Brilhante AVM, Giaxa RRB, Branco JGO, Vieira LJES. Cultura do estupro e violência ostentação: uma análise a partir da artefactualidade do funk. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170621.
22. Caminhas, L. R. P. Violência de gênero e telenovelas nacionais: um diagnóstico crítico. *Tempo Social*. 2020;32(3): 421–444.
23. Silva G, Gonzaga D. Psicologização do machismo e romantização da violência de gênero no filme *Wifi Ralph*. *Nova perspect. sist*. 2020; 29(68):76-90.
24. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
25. Cisne M, Santos S. *Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; 2018.
26. Cavalcante ES, Pessoa JM, Freire ILS, Cavalcante CAA, Miranda FAN. Representações sociais de pescadores com lesão medular: repercussões e trajetória de vida. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):139–45.
27. Afonso M. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Artesã; 2019.
28. Alves FS. Ressonâncias entre práticas de sensibilização e elaboração de si na formação em educação física. *Movimento*. 2020; 26:e26053.
29. Belarmino V, Leite J. Produção de sentidos em um grupo reflexivo para homens autores de violência. *Psicologia & Sociedade*. 2020; 32:1-16.

Notas finais

- i. Atividades inspiradas em exercícios propostos pelas autoras Cisne & Santos²⁵ e do material de apoio elaborado para Grupos Reflexivos de Gênero nos Juizados da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher do Rio Grande do Sul.

O USO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS APOIANDO O TRABALHO NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM SITUAÇÃO DE RUA

Ranulfo Cavallari Neto*
Renata Pires Pesce**

Introdução

Os “internatos de menores”, locais destinados para o recolhimento, provisório ou permanente, de crianças e adolescentes, consideradas moralmente abandonadas e “desvalidas” surgiram no século XVIII. Esses internatos eram instituições construídas e administradas a partir da caridade pública, sem custo para o governo; o poder público já se ausenta de responsabilidade desde então. As crianças com essa especificidade eram consideradas perigosas para a sociedade, evidenciando, portanto, a construção direta e intencional da relação entre pobreza e periculosidade. A criminalização da pobreza é um processo construído social e politicamente, que predomina até hoje. As crianças e adolescentes em situação de rua eram alvos de mecanismos de exclusão, que tinham como propósito evitar a desordem e a perturbação social¹.

Na década de 1980, houve o fortalecimento dos questionamentos direcionados para a lógica de institucionalização de crianças e adolescentes vigentes no Brasil, na busca por políticas alternativas que os integrassem ao meio social². Muitas mudanças ocorreram no campo das políticas sociais no

* Curso de Especialização em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ranulfo@usp.br

** Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil renata.pesce@gmail.com

Brasil, principalmente no período de abertura política. Dentre elas, no âmbito do direito de crianças e adolescentes, especialmente, destaca-se a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Nesse sentido, passaram a ser sujeitos de direitos, na medida em que a nova legislação determina a proteção integral e especial, sem discriminação, para todas as crianças e adolescentes, como prioridade absoluta do Estado e da sociedade. No entanto, apesar dos avanços, ainda há muitos desafios na implementação de políticas públicas que garantam os direitos assegurados pela legislação, uma vez que é possível perceber que muitos ainda se encontram com pouco ou nenhum acesso à educação, lazer, saúde, alimentação, dentre outros direitos.

No município de Niterói, a presença de crianças, adolescentes e jovens em situação de rua, na Zona Sul, representa um incômodo para a população em geral. Há várias denúncias da população pedindo a retirada dessas crianças do local. Em contrapartida, como possível solução, houve uma intervenção judicial, por meio de pedidos de internação compulsória para o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), para algumas dessas crianças e adolescentes, estabelecidos pela Vara da Infância do município.

Na ocasião, a casa abandonada que eles ocupavam na região foi completamente fechada com cimento e eles foram expulsos da casa por servidores da prefeitura. Permaneceram alguns dias no HPJ, sob vigilância da Guarda Municipal. Como encaminhamentos, em um primeiro momento, alguns retornaram para suas famílias, outros para o cumprimento de medidas socioeducativas, outros para acolhimento institucional. Posteriormente, todos retornaram para as ruas.

Existe uma violenta ação do Estado e com pouca credibilidade em relação ao cuidado em saúde, para atuar com as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Em Niterói, já ocorreram episódios, mais de uma vez, de internações compulsórias de crianças e adolescentes em situação de rua.

Tal medida arbitrária, não consegue resolver os problemas que se dão em uma realidade complexa, apenas colabora para aumentar uma desconfiança que essas crianças e adolescentes têm das e dos profissionais que se aproximam para realizar algum trabalho. Visto que a situação é ainda mais agravada pela Intervenção Militar

com início em 2018 com forte repressão aos moradores de favela e extermínio da população negra e periférica. As instituições parceiras (UFF, instituições pertencentes à rede de saúde mental e outras instituições) assinaram uma carta aberta que trata sobre a violência contra crianças e adolescentes em Niterói.

Em meio a essa situação, as crianças e adolescentes estão cada vez mais excluídos e abandonados, continuam sem uma vinculação com os profissionais da saúde mental e da assistência social do município. Tal afastamento é explicado pelo histórico violento que Niterói possui com o manejo dessas crianças. Porém, novas iniciativas estão surgindo, como o “Ocupa Praça”, uma atividade do projeto de extensão da Universidade Federal Fluminense (UFF), que propõe um cuidado integral e auxilia nessa identificação das demandas e no acolhimento e acesso dessas crianças aos serviços de saúde.

A aproximação com a temática da Saúde Mental e Educação em Saúde vem a partir do trabalho dentro do projeto de extensão da UFF “Crianças e adolescentes em situação de rua e acolhimento institucional: construindo estratégias de territorialização afetiva” e da breve atuação como trabalhador na Equipe de Referência Infantojuvenil para Ações de Atenção ao uso de Álcool e outras Drogas (ERIJAD). A atividade do “Ocupa Praça” ocorre mensalmente, desde 2017, em praça pública, com diversas atividades com o intuito de aproximar as crianças e adolescentes em situação de rua com afeto, comida e atividades lúdicas.

Após uma experiência no “Ocupa Praça”, utilizando câmeras fotográficas, percebemos o quanto as tecnologias são instrumentos de acesso aos adolescentes em situação de rua. Desse modo, apropriando da visão de mundo e da *função da linguagem* em uma perspectiva construtivista³, pensamos e idealizamos o desenvolvimento do trabalho no projeto de intervenção do curso de Especialização em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola (FIOCRUZ), buscando possibilitar a solução desse afastamento das crianças e adolescentes em situação de rua do CAPSi, local destinado ao acolhimento e tratamento em saúde.

A perspectiva de Redução de Danos também foi utilizada para esse trabalho, entendendo que a violência e a droga não atingem apenas uma

classe social determinada⁴. Adotando uma perspectiva de violência enquanto estrutural, como forma de violação de direitos de crianças e adolescentes⁴.

As crianças e adolescentes estavam cada vez mais mergulhadas em uma situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico, levando-os, também, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, assim, provocando danos à saúde, risco de vida e extrema vulnerabilidade social e abandono. Conforme tudo o que foi exposto, a situação-problema desse trabalho foi o progressivo afastamento das crianças e adolescentes em situação de rua do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Niterói, que potencializava o uso abusivo de álcool e outras drogas sem acompanhamento, dano à saúde e risco de vida. Caracterizando-se uma série de violações dos direitos da criança e do adolescente.

A dificuldade em resolver a situação-problema é ampliada pelo atual cenário de instabilidade na saúde mental em Niterói e no país. A crise de investimento nas universidades públicas tem desmotivado alunos e professores, somando-se ao risco elevado em meio ao momento de Intervenção Militar no estado do Rio de Janeiro .

Desse modo, o cuidado em saúde foi e continua sendo prejudicado por uma questão macro estrutural, onde a saúde, a educação e a seguridade social são vistos como gastos e não como investimentos. Isto é, a conjuntura política e econômica que foi marcante no ano de 2016, com ações como a tentativa de desmonte e desinstitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, aprovada pela Câmara dos Deputados em uma madrugada de outubro de 2016. Tal medida governamental congelava por 20 anos os gastos da área da saúde e educação, medida que afeta principalmente as classes sociais mais baixas e dependentes dos serviços oferecidos pelo Estado.

Objetivos

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi compor a resistência que acredita no cuidado em saúde mental em liberdade, e luta pelo acesso

de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidades aos seus direitos reiterados no ECA. Para a finalização do curso de Especialização em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola, foi elaborada uma Proposta de Intervenção Pedagógica (PIPed), baseada na metodologia da pesquisa-ação, com o objetivo de realizar ações/atividades, por meio do uso de recursos tecnológicos, na perspectiva de Educação em Saúde e Redução de Danos para crianças e adolescentes em situação de rua circulantes em Niterói.

Tendo como objetivos específicos: (1) Ampliar o acesso de crianças e adolescentes em situação de rua, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, aos serviços de saúde mental infantojuvenil, serviços públicos e praças de Niterói; (2) Contribuir para uma possível redução do uso de drogas por meio de atividades lúdicas e reflexivas, utilizando a abordagem de redução de danos.

Desenho e abordagem do estudo

O desenho desta pesquisa foi a pesquisa-ação, produzido em modo de Proposta de Intervenção Pedagógica (PIPed), cujo objetivo seria levantar pontos a respeito de alguma questão, identificar problemas-chave, analisar como se produz o problema e a sua conjuntura, identificar possíveis soluções e propor, sob a forma de um projeto, uma intervenção. A pesquisa-ação⁷:

[...] é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletiva e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A abordagem utilizada na pesquisa foi a qualitativa, necessária para o estudo do objeto. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, aprofundando na pesquisa a análise e interpretação de um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes. Perpassa por um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos⁸.

Caracterização do campo e dos sujeitos

O campo onde foi realizada a intervenção foi o CAPSi, localizado em uma zona nobre da cidade, porém é cercada por comunidades que são a moradia da classe trabalhadora desses centros urbanos. As famílias que frequentam o serviço de saúde mental eram de diversas regiões de Niterói, por conta de ser o único do município voltado para o atendimento infantojuvenil. O foco do trabalho foi voltado para as crianças e adolescentes em situação de rua. Os técnicos da saúde mental desse espaço pertenciam a diversas categorias profissionais, e o fluxo de profissionais era constante dentro do CAPSi, de outros serviços e instituições, como estudantes e professores da UFF.

As crianças, adolescentes e jovens que estão em situação de rua possuíam vinculação não somente com o CAPSi, mas estavam acompanhados por outros serviços como a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) e a ERIJAD. Nesse sentido a responsabilidade do cuidado era compartilhada, sendo o CAPSi a representação da coordenação desse cuidado em saúde.

O CAPSi havia incorporado um vídeo game Xbox ao espaço, conseguindo boa adesão do público infantojuvenil. Além disso, contavam com uma TV na sala de reuniões, sistema de som e aparelho de DVD. No trabalho com o Projeto de Extensão da UFF, também foram utilizadas câmeras fotográficas e realizadas oficinas de fotos.

As TDICs vêm se naturalizando e, em muitas situações, já se tornaram quase imperceptíveis em nossas rotinas, tanto de trabalho quanto de nossas vidas, influenciando os modos pelo qual nos comunicamos, nos informamos, nos conhecemos, nos situamos no espaço e no tempo, enfim, de percebermos a nós mesmos e ao mundo que nos cerca^{9,10}. Na realidade de crianças e adolescentes em situação de rua, eles têm esse contato com a tecnologia, porém não convivem diretamente com ela. Devido a isso, o trabalho educacional junto da tecnologia pode ser facilitado, e pode ser considerado uma inovação educacional.

Fullan¹¹ afirma que essa inovação é mais um processo do que um produto; pode se dar no nível das políticas e sistemas educacionais, das

instituições e dos contextos/ações particulares e sujeitos do processo de ensino-aprendizagem. Inovar com o uso de TDICs na educação não significa a introdução dessas ferramentas, mas a reflexão sobre como elas podem ser integradas de maneira a trazer mudanças qualitativas no cenário educacional. Isto é, explorar suas potencialidades para mediar processos de melhorias nas práticas correntes, possibilitando que a comunidade escolar assuma seu protagonismo na cultura digital de forma crítica e construtiva¹². Tais apontamentos são importantíssimos para lembrar ao/à educador(a) que a tecnologia sem uma intencionalidade pedagógica no trabalho perde o sentido.

Plano de intervenção

As atividades a seguir, podem ser parte de um projeto contínuo, com um planejamento flexível e nunca normativo. O plano de intervenção foi composto por duas atividades que se complementam e podem ser ampliadas dependendo do interesse das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua.

Atividade 1 – espaços de cuidado no território

O tema escolhido para a atividade foi: espaços de produção de saúde e de doença e/ou morte no território. A escolha veio da urgência em se discutir o território com as crianças e adolescentes em situação de rua, apresentando as possibilidades e explicando o objetivo de cada serviço de saúde. Além de discutir como o território pode produzir doença e morte, dialogando nas desigualdades econômicas, risco social, álcool, outras drogas e quais as alternativas são possíveis em situações que necessitem de cuidado em saúde, informação, acesso aos serviços de saúde, alimentação e abrigo.

Objetivo geral: compreender a influência do território na determinação da saúde e da doença e/ou morte.

Objetivos específicos: (1) Conhecer os espaços de produção de cuidado em saúde (UAI, CAPSi, Policlínica); (2) Discutir as questões de risco social para crianças e adolescentes em situação e alternativas de procurar

ajuda; (3) Promover a aproximação dos profissionais com as crianças e adolescentes em situação de rua.

O trabalho feito no CAPSi com a equipe de extensão da UFF buscou construir um trabalho coletivo de fortalecimento desse serviço, ou seja, ajudar no que fosse necessário para a construção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes em situação de rua. Nesse sentido, a UFF em parceria com os serviços construiu estratégias de territorialização afetiva, utilizando de oficinas, jogos, rodas de conversa, grupo de estudo com as crianças e adolescentes, com as mães dos usuários e com a equipe de profissionais do CAPSi.

Curiosamente, algumas crianças e adolescentes em situação de rua que não frequentavam o CAPSi passaram a aparecer e receber cuidados após a inclusão de um videogame no espaço. A vinculação foi fortalecida por conta, também, das abordagens realizadas duas vezes na semana no local de uso de drogas das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua com profissionais do CAPSi, ERIJAD e UAI, com o objetivo de criar vínculo e confiança. Os jovens estavam incluídos nas atividades, pois alguns dos adolescentes já haviam completado seus 18 anos, porém possuíam vínculos estabelecidos com a instituição e para que o trabalho não fosse interrompido, o CAPSi abriu essas exceções.

Um fato que deve ser considerado na realização do trabalho com as crianças e adolescentes em situação de rua, foi que a maioria deles não sabia ler, e alguns conseguiam escrever o próprio nome com muito receio e insegurança para demonstrar essa habilidade. O perfil do uso de TDICs do CAPSi foi relacionado a TV na sala de reuniões, com o aparelho de DVD, Xbox e as câmeras fotográficas.

Os recursos educativos para a realização da atividade foram selecionados a partir de materiais pedagógicos sobre a temática de território no site Portal do Professor, foi encontrado um vídeo (*Rio de Janeiro (RJ) [Breve História das Capitais Brasileiras]*) que narra a história do Rio de Janeiro, colocando elementos políticos, culturais e econômicos da conformação do Rio de Janeiro. Além disso, foi utilizado o óculos de realidade virtual para celular, onde foi exibido o vídeo (*Além do Mapa | 360 VR Video | Um dia na favela*).

Utilizamos o primeiro vídeo que conta a história do Rio de Janeiro, a conversa foi articulada com os elementos e o resgate histórico de cada sujeito. Em seguida, utilizou-se dos óculos de realidade virtual como forma de introdução ao que seria trabalhado adiante. Destacando o papel, o território de circulação, desenhando os principais pontos e rotas. Após isso, foi possível dialogar sobre os pontos de cuidado em saúde e risco.

Esse conjunto de atividades e discussões não foi realizado apenas em um dia, pois o tempo das crianças, adolescentes e jovens no CAPSi era dinâmico e com várias interferências. Devido a isso, o planejamento de finalização dessa discussão foi realizado em três momentos diferentes, utilizando os mesmo recursos com a abordagem que melhor se adequava ao público.

A mediação da atividade foi feita por meio do diálogo e do direcionamento junto à proposta para o dia. No decorrer das falas e momentos das dinâmicas, os objetivos podem ser ampliados a partir do que os sujeitos trouxeram para os educadores. Quando surgirem temas como uso de drogas e violência, o educador pode aproveitar a abertura proporcionada, combinando a abordagem de redução de danos com a produção de cuidado em saúde no território, para continuar a conversa sem interromper o que está sendo dito. Espera-se que o produto da atividade seja que as crianças, adolescentes e jovens saiam reflexivos sobre o território onde vivem. Além de despertar o desejo de voltar a realizar as atividades propostas até então desenvolvidas.

Tal proposta pode ainda aumentar o vínculo com o espaço e profissionais do CAPSi, em um movimento de pertencimento que possibilitou abertura para conversas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada um.

Atividade 2 – jogo “dentro e fora do CAPSi”

O tema definido para a atividade foi sobre as histórias de vida das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. Quando o sujeito chega ao CAPSi, trechos de suas histórias ainda não foram reveladas à equipe, porém é importante conhecer essa história o mais detalhada possível para realizar o trabalho de cuidado em saúde. A escolha pelo jogo veio da necessidade de um método mais dinâmico e convidativo a eles, como um complemento ao momento de acolhimento com o(a) técnico(a) do CAPSi. Por meio do jogo de percurso, pode-se conversar sobre aspectos pessoais que estavam gerando sofrimento e desencadeando efeitos negativos para sua saúde física e emocional.

Objetivo geral: perceber as potências que cada um possui, aprendendo a lidar e contornar as dificuldades encontradas pelo modo de “andar a vida”.

Objetivos específicos: (1) Aumentar a autoestima das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua a partir de suas potencialidades e preferências; (2) Identificar comportamentos e situações de stress e conversar sobre como pedir ajuda; (3) Aproximar os profissionais junto às crianças e adolescentes em situação de rua por meio da ludicidade.

Foi produzido em parceria com os profissionais do CAPSi um jogo de percurso com QRcodes, as impressões de cada peça do percurso foram feitas em tamanho A4 e coladas nas paredes da sala de reuniões. O objetivo do jogo foi chegar no fim do percurso, em cada QRcode foi colocado uma pergunta ou uma consequência, o(a) jogador(a) decidia se responderia à pergunta e andaria duas casas ou realizar a consequência e andar apenas uma casa. Caso o(a) jogador(a) errasse a pergunta ou não realizasse a consequência, ficaria na mesma casa, e jogaria o dado apenas na próxima rodada.

Quadro 1. Exemplos de perguntas e consequências contidas no QRcode da Atividade 2

Perguntas	“Qual a idade e local de nascimento dos jogadores daqui?” “Quais as atividades que as oficinas são realizadas no CAPSi? E quais você já participou?” “Quais os espaços públicos próximos ao CAPSi que são divertidos ou legais?”
Consequências	“Abraça uma pessoa que estiver mais próxima de você no jogo!” “Conte uma aventura ou uma situação que foi marcante para você!” “Conte-nos uma qualidade sua e uma lembrança que te traga sentimentos bons!” “Responda como o CAPSi, na sua opinião, poderia ser mais legal!”

Fonte: elaborado pelos autores.

Para a realização da atividade, pelo menos um dos educadores deveria participar e um profissional de apoio para auxílio geral. O jogo poderia ser jogado por dois a quatro jogadores, de preferência, todos os jogadores deveriam já possuir algum vínculo mínimo. Pois isso deixa os jogadores mais à vontade para responder às perguntas ou realizar alguma das consequências do jogo.

Após as primeiras intervenções ou rodadas do jogo, o jogo poderia ir se adaptando em relação ao desejo dos participantes com temáticas diferentes, por exemplo, drogas, violência, sexualidade, direitos da criança e do adolescente, entre outros. Nesse sentido, por meio do jogo, aumentaria a possibilidade de potencializar o cuidado e a vinculação.

Análise após as intervenções

A avaliação da Atividade 1, pensada de forma ampliada, considerou as condições em que o sujeito chegou ao CAPSi, a dinâmica do território, o acolhimento realizado, e a participação efetiva na atividade. Ao final de cada momento foi solicitado um *feedback* por eles, questionando sobre a avaliação e finalização da atividade do dia, sempre retomando o que foi havia sido aprendido e o que se esperava alcançar.

Para a equipe de educadores, após a finalização da atividade, foi conversado quais foram as estratégias mais efetivas, em quais momentos ocorreu alguma dificuldade e refletiram a partir disso maneiras de aprimorar a prática pedagógica em uma instituição de saúde. Desse modo, espera-se que no terceiro momento da Atividade 1 já se tenha avançado no sentido de vinculação e desejo dos sujeitos e profissionais.

A Atividade 2 foi analisada ao fim do jogo com uma conversa grupal com as e os participantes. Apontando as potências de cada um no jogo, realizando a avaliação e possíveis sugestões ou mudanças na forma de jogar. Abrindo o espaço de diálogo e escuta para a construção de outros jogos a partir do desejo das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua.

Resultados esperados e discussão

O PIPed foi composto de duas atividades educacionais que utilizavam das tecnologias com um fim pedagógico. Os resultados esperados das atividades propostas no plano de intervenção foram: (1) aumentar a possibilidade de construção de vínculo entre as crianças, adolescentes e jovens em situação de rua com os profissionais e os equipamentos (CAPSi e UAI); (2) qualificar o acolhimento realizado para crianças e adolescentes em situação de rua realizado pelos profissionais das instituições.

O desejo era de que os profissionais de saúde (nesse trabalho também chamados de educadores) utilizando da abordagem da Educação Social de Rua¹³ conseguissem aumentar e qualificar sua abordagem com as crianças em situação de rua, dentro e fora das instituições onde estavam atuando. O foco do trabalho foi de potencializar, por meio de ferramentas tecnológicas educacionais, o cuidado em saúde dessas crianças. Assim como aumentar o diálogo e a confiança entre os profissionais de saúde e esse público específico, para que sustentassem uma prática baseada na redução de danos, e não da abstinência imediata para a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Acreditou-se que utilizando a abordagem educacional, na proposta de Paulo Freire¹⁴, aliado à concepção ampliada de Educação em Saúde e ação educativa¹⁵ fosse possível uma intervenção na vida desses sujeitos, marcados por estereótipos e vulnerabilidades, que os despertassem o desejo de mudança, para muito além das drogas. Enxergando o mundo com um olhar politizado sobre as escolhas governamentais que estão sendo realizadas para a população que mais precisa de recursos.

A Atividade 1 – espaços de cuidado no território – foi além de tudo uma reivindicação de espaço para essa população que é invisibilizada. A ocupação de espaços públicos é a reivindicação possível para a efetivação dos direitos descritos no ECA¹⁶. Visto isso, atuar com o tema da saúde, em uma perspectiva ampliada que considera a Teoria da Produção Social da Saúde e as condições de vida, é lutar não só pela permanência dos serviços de saúde mental já existentes, mas também pelo seu fortalecimento por meio do aumento do financiamento público.

As tecnologias, muitas vezes, são utilizadas de maneira equivocada nas ações educativas. No campo de conhecimento da Educação Física ocorrem equívocos semelhantes, ao que ocorre com as ferramentas tecnológicas educacionais, por exemplo, uma ação do “brincar pelo brincar”. O educador esquece de que é ele quem vai dar a intencionalidade pedagógica necessária, conforme o objetivo da atividade, para seus recursos utilizados, seja eles tecnológicos ou não.

Se durante a atividade não provocou nenhum incômodo, curiosidade ou questionamento no educando, com certeza essa atividade não possuiu intencionalidade pedagógica ou se possuiu, ela não foi alcançada. O interessante desses recursos é utilizá-los em uma perspectiva de possibilitar a autonomia, a curiosidade, a criticidade e a emancipação do educando¹².

Da mesma forma, qualquer atividade para crianças e adolescentes precisa ter algum tipo de desafio para motivá-los. A Atividade 2 não só envolve o jogador no percurso do jogo, mas também oferece a oportunidade de compartilhar um pouco de sua vida e experiência com os outros participantes, destacando seu papel como indivíduo em desenvolvimento, que pensa, fala e enfrenta desafios.

Do mesmo jeito que as demandas podem surgir durante uma consulta ambulatorial tradicional, elas também surgem durante um jogo, gerando uma série de encaminhamentos que de forma longitudinal podem ir se desenrolando, acessando outros serviços e setores. A atuação intersetorial é fundamental para se estabelecer uma rede de trabalho e proporcionar um cuidado adequado¹⁷.

Tal como as potencialidades, as limitações do PIPed também devem ser colocadas. No momento de implementação do mesmo ocorreram dificuldades provenientes de outros fatores que aqui já foram expostos, como a violência estrutural, as condições de vida das crianças, adolescentes e jovens em situação de rua; e das condições de trabalho e vínculo empregatício dos trabalhadores nos serviços de saúde mental, com o fim dos contratos temporários. Somando a isso, outra limitação foi em relação à utilização dos recursos tecnológicos pelos profissionais do CAPSi e UAI, pois muitos possuíam dificuldades de manuseio e afinidade.

Como forma de amenizar essas limitações, uma alternativa foi construir tais atividades com os trabalhadores e usuários do SUS, dando o suporte necessário e os capacitar gradualmente. Aliado a isso, foi necessário que os profissionais de saúde também se enxergassem enquanto educadores, pois cuidar também é um ato pedagógico.

Como limitações da pesquisa-ação, destacamos as possíveis mudanças futuras que possam ocorrer na estrutura da rede de saúde mental em Niterói, especialmente as referentes aos cortes orçamentários e as instabilidades nas equipes profissionais atuantes nos serviços devido ao término do período do contrato temporário.

Portanto, os resultados foram avaliados durante o processo de construção dessa linha de trabalho, onde o trabalho coletivo prevaleceu buscando o fortalecimento das relações. Por sua vez, produzindo o cuidado em saúde de maneira mais afetiva e humanizada, sem culpabilizar a vítima e com um entendimento do contexto de vida da qual constitui o(a) educando(a). O PIPed deve ser flexível, ainda mais em um contexto não controlável como foi o trabalho com as crianças, adolescentes e jovens em situação de rua.

Conclusão

O trabalho relacionou práticas de Educação em Saúde com tecnologias educacionais para o cuidado em saúde de crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. Em um cenário marcado por abordagens moralistas e simplistas sobre o uso de álcool e outras drogas por crianças em situação de rua, o trabalho questiona as práticas de cuidado tradicionais e busca intervir com métodos inovadores. Essas práticas são guiadas por uma intencionalidade pedagógica que visa à emancipação dos indivíduos.

A atuação pedagógica com o uso das TDICs foi exemplificada em duas atividades no plano de intervenção no PIPed. Essas atividades foram desenvolvidas com uma perspectiva de saúde ampliada, considerando o contexto histórico, político e econômico que influencia a vida dessas crianças. Isso convoca os profissionais a se tornarem educadores, mas não apenas educadores comuns. O foco é formar educadores sociais de rua, atuando em um espaço de atenção psicossocial infantojuvenil.

Após uma análise situacional e de contexto e com a realização das atividades, buscou-se que o problema da ausência dessas crianças no CAPSi e na UAI diminuíssem, e por sua vez aumentasse o vínculo e a confiança dessas crianças, adolescentes e jovens com os profissionais. A Educação em Saúde aliada a Redução de Danos tornou-se um dos principais pilares desse trabalho que buscou a consolidação da proteção integral desses jovens.

O tema não se esgota com a finalização dessa proposta, existem outras perspectivas de trabalho dentro desse contexto de vulnerabilidades e da Educação em Saúde. Portanto, é necessário mais intervenções politizadas e críticas com relação ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de rua, principalmente quando se discute a inclusão das tecnologias para isso.

Referências

1. Leite LC. Meninos de rua: a infância excluída no Brasil. São Paulo: Atual; 2009.
2. Rizzini I, Rizzini I. A Institucionalização de Crianças no Brasil: percursos históricos e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-RIO; 2004.

3. Vaz N. Com o olhar de um biólogo. In: Seminário de Educação em Saúde: Natureza e Cultura, Vida e Sociedade. 8 ed. Rio de Janeiro: Senac; 1991.
4. Araújo ATS, Silva JC, Oliveira FM. Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: Diretrizes para intervenção. *Psicol. Argum.* 2013; 31(72):145-154. [Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=7615&dd99=view&dd98=pb>]. Acesso em 11/Nov/2018.
5. Cruz Neto O, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção a prevenção da violência estrutural. *Ciência Saúde Coletiva.* 1999; 4(1):33-52. [Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381231999000100004&script=sci_abstract&tlng=pt]. Acesso em 11/Nov/2018.
6. Cavalcanti PB, Lucena CME, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil / Program Health in the School: interpellations on action of education and health in Brazil. *Textos Contextos (Porto Alegre).* 2015;14(2):387-402. [Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>]. Acesso em 11/Nov/2018.
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14 ed. São Paulo: Cortez; 2005.
8. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
9. Kenski VM. Educação e tecnologias: o ritmo da informação. Campinas: Papyrus; 2012.
10. Lévy P. Cibercultura. São Paulo: Ed. 34; 1999.
11. Fullan M. The new meaning of educational change. 3rd. ed. New York: Teachers College Press; 2001.
12. Cardoso APF. A receptividade à mudança e à inovação pedagógica: o professor e o contexto escolar. Porto: Asa Ed; 2002.
13. Oliveira WF. Educação social de rua: bases históricas, políticas e pedagógicas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2007; 14(1):135-158. [Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000100007&lng=pt&nrm=iso]. Acesso em: 11 nov. 2018.
14. Freire P. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 11º ed. Rio de Janeiro: paz e terra; 1996.
15. Valla VV. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade.* 1996;21(2):177-190.
16. Brasil, Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília:Diário Oficial da União. 1990; 13jul.

MINDFULNESS COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O FOCO E A CONCENTRAÇÃO DE ALUNOS DAS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Rita de Cássia Pacheco de Moraes*
Michelle Guiot Mesquita**

Introdução

Dentre os diversos problemas enfrentados pelos professores de escola pública hoje, a falta de atenção e de interesse dos alunos é um importante obstáculo no processo de ensino e aprendizagem.

Na Escola Municipal de Ensino Fundamental “Maria Leonor Pereira da Silva”, em Vitória, Espírito Santo, nas séries iniciais do Ensino Fundamental, 10% dos alunos de cada turma, em média, têm laudos relacionados a déficit de atenção e outros problemas similares, sem laudo médico.

Mas, segundo Rosa e Dops¹, além de causas neurobiológicas, a desatenção pode ocorrer também por causa externa. Em estudo exploratório realizado em uma escola pública da Região Sudeste do Brasil para verificar as causas da desatenção dos alunos, constatou-se que o barulho, dentro e fora da sala de aula, é a variável que mais dificulta a atenção entre os estudantes.

O estudo citado comprova uma percepção de uma característica dos alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental “Maria Leonor Pereira da Silva” que, por residirem em comunidades com alto índice de violência e com

* Especialista em Tecnologias Educacionais para a prática docente no ensino da Saúde na escola, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rmoaesvix@gmail.com

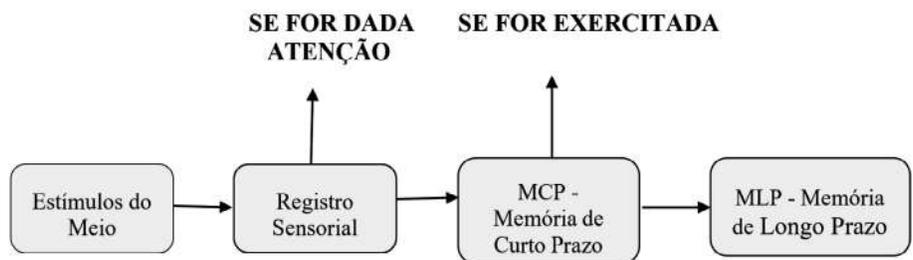
** Doutora em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. michelle.guiot@ifrj.edu.br

predominância do tráfico, fazem com que a agressividade comum entre eles promova um desvio de foco nas atividades escolares.

Importante ressaltar que alguns estudos apontam que a falta de atenção é um dos fatores determinantes no fracasso escolar e que sem atenção não há aprendizagem. Rosa e Deps¹ afirmam que as “teorias do processamento da informação e da autorregulação da aprendizagem indicam que a atenção do aprendiz é pré-requisito para a aprendizagem”, pois toda informação é processada e armazenada por meio de estímulos sensoriais. As mesmas autoras acrescentam que “os órgãos dos sentidos respondem e transmitem a informação de entrada, que é codificada na memória e no sistema nervoso”.

Rosa e Deps¹ acrescentam que a informação só será processada se o aluno estiver atento ao estímulo fornecido pelo professor e será perdida se isso não acontecer e que, quando prestamos atenção em algo, “a ativação física faz com que determinadas substâncias químicas do cérebro sejam estimuladas, colaborando assim para a ocorrência da aprendizagem”. A Figura 1 demonstra o processamento da informação e a importância da atenção para a aprendizagem.

Figura 1. Modelo do processamento de informação sobre a aprendizagem intencional



Fonte: Rosa e Deps¹

Como demonstra o modelo de processamento de informação, para que haja o registro do novo conhecimento tem que haver atenção e “um dos fatores que mais influenciam o processo de atenção é, sem sombra de dúvida, o interesse suscitado”², despertado pelo estímulo. O estímulo do meio pode ser representado pela estratégia adequada utilizada pelo professor para minimizar a falta de foco dos alunos. Sem ela, o processo pode ser dificultado porque,

segundo as mesmas autoras, em seus estudos voltados para a psicologia escolar, a atenção é um fenômeno que implica esforço. Isso explica a dificuldade de mantê-la, já que os assuntos normalmente tratados na escola nem sempre estão relacionados com as experiências de vida dos alunos.

Esse fato tem gerado um novo fenômeno observado nas escolas: a impaciência dos alunos que, para Klinjey³, vem contribuindo para dificultar o aprendizado. O escritor afirma que para enfrentar o fenômeno a escola, além do desenvolvimento técnico e cognitivo, deve investir em um conteúdo emocional, trabalhar o afeto e intensificar o desenvolvimento emocional dos alunos.

Em Portugal, tem crescido nos ambientes educacionais, uma abordagem de promoção das competências socioemocionais dos alunos, a educação contemplativa. Em seus estudos que enfocam a Psicologia do stress e bem-estar, Carvalho⁴ afirma que estas abordagens são um conjunto de práticas que se baseiam na aprendizagem experiencial, visando “promover uma maior consciência, um sentimento mais profundo de presença e uma maior compaixão por si e pelos outros”.

Para Díaz-Caneja⁵, pedagoga e especialista em crianças com problemas de aprendizagem, uma dessas abordagens é baseada em *mindfulness* ou atenção plena, definida como um estado mental em que o indivíduo direciona sua atenção ao momento presente, sem julgamentos. A autora afirma ainda que os trabalhos com atenção plena têm mostrado que as crianças “vão se dando conta do que acontece à sua volta, no seu corpo, nas suas emoções e nos seus pensamentos” e apresentam melhora na memória e concentração, diminuem a impulsividade e aumentam o autocontrole, potencializam a empatia e a compreensão em relação aos outros. A ansiedade e o estresse diminuem e a capacidade de perceber as coisas ao redor e a consciência aumentam.

Essa prática vem sendo adotada no Agrupamento de Escolas Marinha Grande Poente, em Portugal, envolvendo 28 turmas, mais de 30 professores e 500 crianças. É o projeto *MindUp* aplicado desde 2011 e que, segundo os professores, tem ajudado os alunos a aprenderem a controlar a ansiedade, o medo, o conflito que por ventura trazem e a acalmar o pensamento⁶.

No Brasil, escolas das redes públicas e privadas têm experimentado a prática do *mindfulness*. Em Salvador, a Ananda Escola e Centro de Estudos propõe exercícios de meditação diariamente para crianças de 1 a 15 anos, desde sua criação, em 1996⁷. Em Sorocaba, a prática já é hábito há mais de dez anos entre os pequenos estudantes do CEI 13 Aluisio de Almeida. A atividade com as crianças é feita por um grupo de voluntários que toda semana vai até o Centro de Educação Infantil para ministrar a Lição do Silêncio⁸. No Colégio *be.Living*, de São Paulo, todos os professores e assistentes participaram do curso de formação em *mindfulness*. A escola ensina a prática aos alunos do primeiro ao quinto ano⁹.

As práticas acontecem em todos os continentes porque a eficácia de um programa de *mindfulness* na Educação já foi comprovada cientificamente por meio de pesquisa da University of British Columbia, no Canadá¹⁰. Os resultados deste estudo comprovam que um programa de aprendizagem social e emocional, envolvendo atenção plena e cuidado com os outros e projetado para alunos do Ensino Fundamental, aumentou o controle cognitivo, reduziu o estresse, promoveu pró socialidade, além de produzir resultados escolares positivos.

O mapeamento realizado na escola pela autora deste projeto mostrou que os profissionais da instituição não têm uma noção ampla de saúde. Outra constatação foi a de que, em média, 10% dos alunos de cada turma têm laudos relacionados a déficit de atenção e outros com problemas similares, mesmo sem laudo. Além disso, os alunos são provenientes de comunidades onde o tráfico predomina e a violência é rotina.

Os profissionais da educação especial já atuam nas escolas públicas, mas, pelas escolas da rede municipal de Vitória onde atuei, normalmente, as instituições têm um profissional por turno que orienta estagiários – estudantes de pedagogia ou de outros cursos de licenciatura – para acompanhar os alunos que têm laudo.

Existem, ainda, os que não têm laudo, mas que precisam de ajuda, pois a estrutura familiar e social em que vivem produzem problemas diversos que só uma atenção especial poderia resgatar nessas crianças o interesse pela escola.

Além desse quadro, é necessário despertar nas instituições escolares um olhar ampliado sobre a saúde, de maneira a dar ao aluno todas as possibilidades para melhorar seu aprendizado. Nesse sentido, pergunta-se: como intervir para aumentar a atenção e o rendimento dos alunos da rede pública? Como promover o bem-estar e desenvolvimento saudável dessas crianças de maneira a garantir melhor aproveitamento no processo de ensino-aprendizagem com o uso de tecnologia?

A prática do *mindfulness* traz essa noção de saúde plena, holística, da integração do corpo e da mente, vendo o trabalho da saúde para além da questão biológica, abrangendo os aspectos desejados na análise diagnóstica. Nesse sentido, o presente projeto de intervenção *mindfulness* em alunos de uma das duas turmas do segundo ano do Ensino Fundamental, na EMEF “Maria Leonor Pereira da Silva”, em Vitória, Espírito Santo, com a utilização de tecnologias, com base na teoria e prática de Eline Snel, Llios Kotsou, Patrícia Calazans e Susan Kaiser Greenland.

O uso da tecnologia

A maioria dos autores que falam sobre *mindfulness* aponta o uso das tecnologias digitais como fomentadora da ansiedade¹¹. O ritmo das atividades diárias leva as pessoas a passarem pelo menos metade do seu tempo no que os especialistas chamam de piloto automático. Pesquisas mostram que operamos nesse piloto automático quase 50% do tempo, ou seja, durante metade de nossas vidas não damos atenção àquilo que estamos fazendo ou vivenciando¹².

O fato é que estamos desacostumados a estar no presente. Nosso corpo está, mas nossa cabeça não.

Passamos cerca de onze minutos no máximo concentrados em uma atividade antes que alguém nos interrompa. E, se ninguém faz isso, somos nós mesmos que nos desconectamos. Cada momento de falta de concentração faz com que se leve entre dez e vinte minutos para recomençar a atividade¹³.

Mas se a tecnologia se mostra tão maléfica, porque falamos de um estudo que pretendia testar a prática do *mindfulness* com o uso da tecnologia para melhorar a atenção dos alunos? A resposta é simples: “a tecnologia não é inimiga, o importante é saber quem controla quem. O *mindfulness* ajuda no primeiro momento para essa tomada de consciência: eu faço um uso útil e consciente da tecnologia?”¹¹.

O trabalho utilizou como tecnologias a gravação e execução de exercícios de atenção plena (*mindfulness*); exercícios vinculados ao livro *Quietinho feito um sapo – exercícios de meditação para crianças (e seus pais)*, cujos os áudios são disponibilizados pela Editora Rocco no site; músicas para combater o stress e a ansiedade durante aulas e durante os exercícios de atenção plena; episódios da série *Luna Petúnia*, da Netflix, cuja personagem principal está sempre lembrando aos amigos da necessidade de parar, respirar e acreditar.

Assim, o objetivo geral deste projeto foi o de avaliar a eficácia de um programa de *mindfulness* como estratégia de aprimoramento da atenção dos alunos do segundo ano do Ensino Fundamental da EMEF “Maria Leonor Pereira da Silva”, ampliando a noção de saúde na escola. Como objetivos específicos, pretendeu-se com este trabalho identificar práticas para a diminuição do estresse, da ansiedade e da agressividade entre os alunos; colaborar para o aumento do controle emocional, do otimismo, da autoestima, da sociabilidade e do rendimento escolar dos alunos. Por fim, incentivar, por meio da formação de professores, a compreensão da extensão do PSE na formação do aluno.

Referencial teórico

Afinal, o que é *mindfulness*? Para Brown e Ryan¹⁴, é um estado mental caracterizado por quatro aspectos centrais: (1) não elaborativo, (2) não julgador, (3) centrado no aqui-e-agora e (4) onde pensamentos, sentimentos e sensações que surgem no campo atencional são reconhecidos e aceitos como tal.

De forma bem mais simples, Snel¹⁵, a autora do livro *Quietinho feito um sapo – exercícios de meditação para crianças (e seus pais)*, diz que *mindfulness* ou atenção plena é concentração no momento presente, com a mente aberta e

disposta a entender o que acontece em volta e dentro de você; é viver no presente, que é diferente do ato de pensar no presente. Nas próprias palavras da autora:

É sentir o sol na pele, sentir as lágrimas salgadas rolarem por seu rosto, sentir uma onda de insatisfação no seu corpo. *Mindfulness* é experimentar tanto a alegria quanto a tristeza, quando e onde elas aconteçam, sem ter que fazer nada a respeito, reagir ou emitir opinião. *Mindfulness* é dirigir sua atenção amorosa para o aqui e agora, o tempo todo¹⁵.

No estado de *mindfulness*, o indivíduo procura observar diretamente suas experiências, ao invés de fazê-lo de modo automatizado, por meio de filtros de crenças e expectativas¹⁴. Os automatismos que aprendemos no decorrer da vida fazem com que estejamos mais atentos aos momentos difíceis da vida, deixando de saborear os bons momentos. Por isso, nosso cérebro nos leva sempre para longe do presente – para o passado ou o futuro¹⁶.

O primeiro passo para estar no presente é aprender a parar¹⁶ e prestar atenção na respiração:

Mantenha sua mente em sentir a sua respiração enquanto ela se move da ponta de suas narinas para dentro do seu peito e novamente de volta para fora. Se a sua mente vagueia – o que costuma acontecer –, não há problema, está tudo bem. Quando perceber que ela vagueou, traga-a de volta para sentir o movimento de sua respiração. Inspire, expire. Deixe todo o resto desaparecer na duração de uma respiração e sinta o que é estar vivo agora, no momento presente¹⁷.

A atriz e dançarina Goldie Hawn, viu na atenção plena um caminho para trabalhar o desenvolvimento emocional das crianças nos Estados Unidos depois do ataque de 11 de setembro de 2001. Ela criou, em 2003, um programa – o *MindUP* – para evitar que essas crianças sofressem, brigassem, não tivessem foco e perdessem a empatia¹⁸.

Hawn defende a ideia de que o excesso de informação e a pressão por resultados deixam as crianças assustadas e estressadas. “Pedimos para elas prestarem atenção na escola, mas elas não sabem fazer isso. Elas não sabem usar o cérebro”¹⁸.

Ela criou a ONG The Hawl Foundation e passou a divulgar aquilo que para ela poderia resolver os problemas dessas crianças: aprender a controlar o cérebro; “se o cérebro é o melhor computador do mundo, por que não tem aulas para ensinar a usá-lo na escola?”¹⁸.

O programa já é utilizado em milhares de escolas nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Portugal, Hong Kong, China, Austrália e Venezuela, entre outros países. Ele usa técnicas como o *brain break* (intervalo para o cérebro) que auxilia estudantes a entenderem e controlarem suas emoções.

Os estudantes aprendem a parar para respirar e relaxar por três minutos pelo menos três vezes ao dia. Isso os deixa mais otimistas, mais controlados e mais confiantes. Depois que eles sabem parar, repetem isso em casa, quando vão brigar com o irmão, ou antes de alguma prova, quando estão tensos¹⁸.

Na Escola Básica Francisco Veríssimo, do Agrupamento de Escolas Marinha Grande Poente, em Portugal, o MindUP vem sendo aplicado desde 2011. A primeira tarefa dos alunos é sentar com os olhos fechados e em silêncio, se concentrando apenas na respiração. “Toca o plim e eu tenho que fechar os olhos quando deixar de ouvir o som (do sino) e, pois, pensar na minha respiração”, diz o aluno Afonso Rosa Martinho⁶.

Todas as práticas são acompanhadas de explicações sobre o cérebro. Em uma delas, por exemplo, o professor mostra um vidro cheio de água pura e diz que é assim que acordamos, com a mente vazia. Em seguida, ele abre o vidro e acrescenta glitter vermelho, representando os nossos pensamentos e dourado os nossos sentimentos. Movimenta o vidro mostrando que a água não está mais pura e clara. É a representação de uma mente cheia, confusa. E é nessa situação que muitas crianças chegam à escola. Ao respirar, elas vão esvaziar a mente, explica o professor Fernando Emídio: “sem distrações, com a mente calma e o estresse em níveis mínimos, é mais fácil ensinar e aprender”⁶.

De fato, a eficácia do *mindfulness* na educação foi comprovada cientificamente por meio de pesquisa da University of British Columbia, no

Canadá. O estudo testou a hipótese de que um programa de aprendizagem social e emocional, envolvendo atenção plena e cuidado com os outros, projetado para alunos do Ensino Fundamental, aumentaria o controle cognitivo, reduziria o estresse, promoveria bem estar e pró-socialidade, além de produzir resultados escolares positivos. Quatro turmas de quarta e quinta séries foram aleatoriamente escolhidas para receber o programa de *mindfulness* versus um programa regular de responsabilidade social.

The authors hypothesized that a social and emotional learning (SEL) program involving *mindfulness* and caring for others, designed for elementary school students, would enhance cognitive control, reduce stress, promote well-being and prosociality, and produce positive school outcomes. To test this hypothesis, 4 classes of combined 4th and 5th graders (N = 99) were randomly assigned to receive the SEL with *mindfulness* program versus a regular social responsibility program¹⁰.

Melhoraram seu controle cognitivo e fisiologia do estresse; relataram maior empatia, tomada de perspectiva, controle emocional, otimismo, autoconceito escolar e atenção plena; apresentaram maiores reduções nos sintomas de depressão e agressividade avaliada pelos pares; também foram avaliados como mais pró-social, e foi constatado um aumento na aceitação dos pares.

Relative to children in the social responsibility program, children who received the SEL program with *mindfulness* (a) improved more in their cognitive control and stress physiology; (b) reported greater empathy, perspective-taking, emotional control, optimism, school self-concept, and *mindfulness*, (c) showed greater decreases in self-reported symptoms of depression and peer-rated aggression, (d) were rated by peers as more prosocial, and (e) increased in peer acceptance (or sociometric Popularity)¹⁰.

Outro trabalho mostrou a efetividade de um currículo baseado em *mindfulness* na melhora do comportamento dos alunos em sala de aula em um ambiente de aprendizagem para crianças de baixa renda e etnicamente

diversificadas. O estudo de intervenção de campo avaliou os alunos de uma escola primária em Richmond, Califórnia. Dezesete professores relataram o comportamento em sala de aula de 409 crianças (83% matriculadas em um programa de almoço gratuito na Califórnia e 95,7% em minorias étnicas) do jardim da infância até a sexta série na pré-intervenção, pós-intervenção imediata e sete semanas pós-intervenção.

Os resultados mostraram melhora no comportamento em sala de aula de seus alunos, representada pela atenção, autocontrole, participação em atividades e cuidado/respeito pelos outros. As implicações deste estudo são limitadas devido à falta de um grupo de controle virgem para o programa de atenção plena, mas as descobertas sugerem que o treinamento de atenção plena pode beneficiar as percepções do professor de melhorar o comportamento em sala de aula em uma escola pública básica¹⁹.

Se as mudanças constantes no mundo e o futuro desconhecido criam ansiedade e frustração na maioria das pessoas, afetando o humor e o bem-estar, imagina em crianças que crescem em cenários socioeconômicos difíceis? Esse é outro argumento que defende a prática do *mindfulness*.

Como seres humanos, precisamos entender como nossas crenças e emoções afetam a maneira como percebemos o mundo e influenciamos nossa saúde e bem-estar. Parece haver uma necessidade de uma prática como a atenção plena para contrabalançar os altos níveis de estresse e ansiedade entre os alunos dentro do sistema educacional atual, especialmente aqueles que crescem em contextos socioeconômicos desafiadores. Neste contexto, é importante educar uma criança de tal forma que as habilidades de atenção, consciência e escuta sejam desenvolvidas para permitir flexibilidade criativa e sua aplicação no cotidiano. Um estado de atenção ajudaria a otimizar esse processo para a geração futura²⁰.

Com essa premissa, professores da Escola de Formação Inicial de Professores da Universidade Metropolitana Nelson Mandela, na África do Sul, fizeram um trabalho em atenção plena, utilizando a música não formal como ferramenta. A pesquisa foi realizada em uma unidade de cuidados voluntários,

em uma área empobrecida do Cabo Sul, onde o alcoolismo, gravidez na adolescência, abuso de drogas e situações familiares instáveis eram desafios predominantes, afetando o desenvolvimento e bem-estar de crianças pequenas.

As aulas eram ministradas semanalmente durante um período de dez meses, em um centro de atendimento pós-operatório. O objetivo foi desenvolver aspectos de atenção plena, por meio da participação ativa das crianças em atividades musicais²⁰.

Essa escolha aconteceu pelo fato de as crianças sul-africanas crescerem em uma sociedade poluída pelos ruídos. Com isso, elas aprendem a reduzir o impacto em seus sentidos auditivos, “excluindo sons da consciência”. “Embora eles possam ‘ouvir’, eles não necessariamente ‘ouvem’ com atenção, renunciando assim aos múltiplos benefícios que o envolvimento com a música pode oferecer”²⁰.

Os resultados mostraram que as práticas musicais promoveram a escuta ativa; ajudaram a desenvolver certas qualidades da atenção plena como habilidades auditivas aprimoradas, além de habilidades sociais, atenção focada, maior disciplina interna, trabalho em equipe e maior confiança, criatividade e comunicação.

As intervenções baseadas em *mindfulness* podem ser utilizadas também para melhorar indicadores como a relação estudante/professor e a redução da sintomatologia de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade¹⁴.

Mindfulness é uma prática para qualquer idade. Ela exige esforço e intencionalidade¹⁵, mas os resultados são bons, inclusive na fase adulta. É que o cérebro continua apresentando plasticidade, o que significa que, “treinando, podemos influenciar e modificar a nossa arquitetura cerebral, no intuito de aumentar o nosso bem-estar e qualidade de vida”¹⁶.

É, também, saúde. Em Madri, na escola de Alcalá de Henares de Emperador Fernando, está em andamento, desde outubro de 2012, o projeto “Crescer com consciência”, que obteve em 2013 o primeiro prêmio em Atividades Comunitárias na Atenção Básica.

O objetivo principal é aprender a gerenciar nossas capacidades de controle sobre a nossa saúde a partir da atenção plena e relacionar empaticamente com as pessoas sem julgar, aceitar e não demandar

(demandar e estar assumindo responsabilidade para com o outro, indo contra o empoderamento para a saúde)²¹.

As observações para avaliação do projeto continuam, mas os primeiros resultados mostram que os participantes aumentaram a empatia, melhorando os relacionamentos, reduzindo a ansiedade e os sintomas do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, melhorando o desempenho acadêmico²¹.

Passar esse conteúdo por meio de tecnologias para crianças é uma forma de tornar o processo mais dinâmico e lúdico²². Além disso, trabalhos realizados com atenção plena, mostraram que a tecnologia é uma ótima aliada nesse tipo de estudo. Autores como Broderick e Metz¹⁴ relataram que adolescentes, por exemplo, têm preferência por atividades que incorporem tecnologias como smartphones, computadores, música e internet, entre outros.

A utilização de tecnologias na educação proporciona um processo de interação, estimulando o diálogo, a criatividade e autonomia dos estudantes de maneira colaborativa e compartilhada, em diferentes tempos e espaços²³.

Os mesmos autores afirmam que a evolução das TICs começa com a linguagem natural, com a necessidade humana da fala e do gestual como comunicação. Depois, vem a origem da escrita, com a prensa tipográfica e a criação dos correios. Na educação, o foco é direcionado para os textos escritos, os livros didáticos. Em seguida, chegam os sistemas de comunicação analógica com o telégrafo, telefone, rádio e televisão. Os meios audiovisuais entram nas escolas, surgindo a necessidade de linguagens digitais e diferentes tecnologias²³.

E desde a chegada dos primeiros computadores, no final dos anos 1940, essas máquinas começam a fazer parte da educação. Hoje, existe um novo formato de leitura e escrita baseada na hipertextualidade da internet. É a chegada da sociedade da informação. As pessoas podem obter e compartilhar qualquer quantidade de informação instantaneamente, a partir de e para qualquer lugar, da maneira como preferir e com um custo baixo²³.

A chegada das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) na educação foi tão impactante que Coll, Monereo e Onrubia²³

afirmam que “o conhecimento passou a ser a mercadoria mais valiosa de todas, e a educação e a formação são as vias para produzir e adquirir essa mercadoria”.

Como ferramenta no processo de ensino e aprendizagem, as TDICs podem mediar as relações entre professores e alunos, entre esses e os conteúdos e entre os próprios alunos. Outro aspecto é proporcionar ao estudante uma destreza tecnológica tão natural nos dias de hoje e que poderá ser um diferencial no futuro desses estudantes no mercado de trabalho²².

Metodologia

O presente projeto utilizou como metodologia a pesquisa-ação, que tem caráter qualitativo e prático. A pesquisadora Franco²⁴ explica a origem da pesquisa-ação a partir dos trabalhos de Kurt Lewin, em 1946:

Suas atividades com pesquisa-ação foram desenvolvidas quando trabalhava junto ao governo norte-americano. Suas pesquisas iniciais tinham por finalidade a mudança de hábitos alimentares da população e também a mudança de atitudes dos americanos frente aos grupos étnicos minoritários. Pautava-se por um conjunto de valores como: a construção de relações democráticas; a participação dos sujeitos; o reconhecimento de direitos individuais, culturais e étnicos das minorias; a tolerância a opiniões divergentes; e ainda a consideração de que os sujeitos mudam mais facilmente quando impelidos por decisões grupais. Suas pesquisas caminhavam paralelamente a seus estudos sobre a dinâmica e o funcionamento dos grupos. Sua forma de trabalhar a pesquisa-ação teve grande desenvolvimento nas empresas em atividades ligadas ao desenvolvimento organizacional.

Contudo, a pesquisa-ação ganhou configurações e abordagens diferentes. Todas reunidas no aspecto coletivo e colaborativo na análise e construção de uma intervenção. O sociólogo Michel Thiollent²⁵, um dos principais pesquisadores em pesquisa-ação no Brasil, define esse tipo de investigação:

É um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes

representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo²⁵.

Seguindo os passos desse tipo de metodologia, segundo as pesquisadoras Grittem, Meier e Zagonel²⁴, a primeira fase, a exploratória, foi feita no decorrer do curso com o mapeamento e posterior diagnóstico da realidade da EMEF “Maria Leonor Pereira da Silva”, situada na Praia do Suá, bairro de Vitória, Espírito Santo. Constatou-se que a falta de atenção e de interesse dos alunos era o problema a ser trabalhado.

A estratégia para enfrentar a questão foi o *mindfulness* ou atenção plena. Em seguida, foram feitas buscas bibliográficas para escolher as teorias e a forma de abordá-las. Reuniu-se o material levantado e apresentou-se, em formato de seminário, formando as hipóteses sobre a condução e possíveis soluções para a falta de atenção e de interesse dos alunos das séries iniciais do Ensino Fundamental. O trabalho foi enriquecido com a participação e várias sugestões da tutora e do grupo.

Decidiu-se trabalhar com os segundos anos, que são formados por crianças de 7 a 8 anos. O trabalho foi iniciado com a respiração, no plano de ação, com esses alunos, ainda no primeiro ano. O trabalho foi feito com uma das turmas, com média de 25 alunos, tendo a outra como comparativo.

As atividades foram aplicadas uma vez por semana, seguindo as teorias de Susan Kaiser Greeland¹⁷, no livro *Meditação em ação para crianças*; Eline Snel¹⁵, do livro *Quietinho feito um sapo – exercícios de meditação para crianças (e seus pais)*; Ilios Kotsou¹⁶, do *Caderno de Exercícios de Atenção Plena*, e Patrícia Calazans²⁶, do livro *Brincando de mindfulness*.

A aplicação dos exercícios seguiu o seguinte roteiro: respiração (1) trabalho com jogos, brincadeiras e dinâmicas para que a respiração vire um hábito, sempre no início da aula, de maneira que aprendam a respirar e utilizem as técnicas para ficarem mais calmos e relaxados. O próximo passo foi a consciência refinada (2) as crianças aprenderam a prestar atenção para desenvolver uma capacidade de sustentar períodos cada vez mais longos de

consciência não reativa – quando a pessoa se dá conta de algo antes de colocar o conceito em palavras. Na consciência afetiva (3), os alunos aprenderam a agir de forma atenta e compassiva; já na consciência sensorial (4), elas apuraram o tato, o olfato, o paladar, a audição e a visão.

Em seguida, trabalhamos a liberdade emocional (5), quando os estudantes aprenderam a liberar-se de pensamentos e sentimentos destrutivos. A próxima etapa foi sintonizar-se com outras pessoas (6). A prática da atenção plena estimula uma afinação com os outros por meio da observação cuidadosa das manifestações exteriores. Viver como parte do grupo (7) veio em seguida para conscientizar-se do fato de ser parte de uma comunidade.

Todo o trabalho utilizou tecnologias como gravações de áudios de exercícios de *mindfulness* e músicas, aplicadas durante exercícios e aulas normais, com o objetivo de acalmar as crianças e reduzir estresse e ansiedade. Utilizamos o laboratório de informática com telão e datashow e acesso à internet para assistir aos episódios de Luna Petúnia, da Netflix. Os exercícios de *mindfulness* foram gravados utilizando celular para verificarmos a evolução dos alunos em termos de participação, concentração e mudanças de comportamento.

Os dados foram coletados por meio da observação de três professoras: duas regentes dos segundos anos e uma terceira que executou o projeto. O trabalho foi feito durante oito meses. Foram feitas, também, entrevistas individuais com os alunos, no início e no final do trabalho.

Resultados esperados e discussão

A busca bibliográfica realizada no presente projeto e as experiências realizadas ao redor do mundo nos levam a crer que a prática do *mindfulness* possa, de fato, intervir no sentido de aumentar a atenção e, conseqüentemente, o rendimento dos alunos das séries iniciais do Ensino Fundamental.

Além disso, aprendendo a ter uma vida mais consciente, os alunos vão conhecer novos caminhos para o desenvolvimento saudável, aprendendo mais sobre a saúde plena que integra corpo e mente. Dessa forma, vão compreender que saúde é muito mais que as questões biológicas até então apresentadas na escola.

Uma escola que vive a saúde de forma holística vai ter alunos e professores com menores índices de estresse, ansiedade e agressividade, com mais controle emocional e autoestima, mais otimistas e sociáveis.

Que nossa escola possa aproveitar essa tecnologia criada por profissionais especializados com o objetivo único de melhorar a educação sob o estímulo de uma atriz americana que disse:

Criei o MindUP com educadores, para educadores. Eu queria ajudá-los a melhorar o foco do aluno, o envolvimento no aprendizado de acadêmicos e a fornecer ferramentas e estratégias que trariam a alegria de volta à sala de aula. É minha maior esperança que todo professor que use o MindUP considere benéfico tanto em seu trabalho como em sua vida¹⁸.

Nesse sentido, esperamos com a execução do presente projeto o aumento da atenção e concentração dos alunos, melhora na memória e no autocontrole, além da empatia e compreensão dos alunos em relação aos outros. Mas, acima de tudo, apostamos no desenvolvimento desses alunos na capacidade de viver o presente, percebendo as coisas ao redor e aumentando a consciência em relação aos problemas dos outros e deles mesmos.

Considerações finais

Quando iniciei este curso questioneei minha capacidade de fazer um projeto no âmbito da ciência, já que não sou profissional dessa área. A visão ampliada da saúde proporcionada pelo curso me ofereceu novas perspectivas, levando-me a refletir sobre o mindfulness, que desperta meu interesse há algum tempo. Foi uma surpresa a receptividade das crianças que têm, em média, de 6 a 8 anos, com relação às práticas que executei na sala de aula e no plano de ação previsto nas etapas do curso. Elas mostraram que, muitas vezes, quando chegam ao primeiro ano, a mudança de postura gradativa da Educação Infantil para o Ensino Fundamental quando é efetivamente ensinada é facilmente assimilada.

Sempre utilizei tecnologias nas minhas aulas, mas foi estimulante aprender novas tecnologias e envolver os alunos em algo que eles nem sabiam

que existia. Os resultados foram muito positivos em termos de participação e atenção efetiva em relação ao conteúdo transmitido, problema identificado no mapeamento que se transformou em foco do nosso estudo.

Os resultados mostraram que, respeitando as limitações do trabalho em escolas públicas, o projeto promoveu o aumento da atenção e do rendimento dos alunos do segundo ano do Ensino Fundamental I. O tema colocou a saúde em uma visão ampla porque envolveu bem-estar físico e mental.

Nesse sentido, espera-se que esse projeto sirva de incentivo para novos estudos para que discentes e docentes possam ser beneficiados com a atenção plena. Se o mindfulness for mais bem utilizado nas escolas, com treinamento dos professores, as crianças que enfrentam dificuldades socioeconômicas terão mais chances de aprender com a eficiência necessária para realizar seus sonhos.

Referências

1. Rosa GP, Deps VL. Desatenção do aluno e estratégias de aprendizagem no contexto escolar. *Revista Científica Interdisciplinar*. 2015; 2(22).
2. Campos A. Dificuldades de atenção/concentração. *Educare*; 2005 - [Disponível em: <https://www.educare.pt/opiniaio/artigo/ver/?id=12244&langid=1>]. Acesso em 01/Set/2018.
3. Martins L. Como educar uma geração cada vez mais impaciente. *Vitória: A Tribuna Online*; 2018. p.10.
4. Carvalho JS. Cultivar mindfulness em contexto educacional. *Mindmatters magazine*, Lisboa, outono de 2017. Especial Mindfulness na Educação. [Disponível em: <http://mindmattersmagazine.pt/n3-outono-2017/cultivar-mindfulness-em-contexto-educacional/>]. Acesso em: 19 ago. 2018.
5. Díaz-Caneja P. Vamos com tantas prisas que nos perdemos muchos detalles de nuestros hijos. *Espanha: Madresfera Magazine*; 10 Set 2018 - [Disponível em: <http://madresferamagazine.com/mindfulness-para-ninos/>]. Acesso em: 01 dez. 2018.
6. Emídio F. Marinha Grande - Um caminho possível. Lisboa: *Mindmatters magazine*; outono 2017- [Disponível em: <http://mindmattersmagazine.pt/n3-outono-2017/um-caminho-possivel/>]. Acesso em: 19 ago. 2018.
7. Borges E. Paraná: Meditação com crianças: conheça a escola que adota a prática como exercício diário. 14 Jun 2016. *Revista Mandala*; - [Disponível em: <http://revistamandala.com.br/meditacao-com-criancas-conheca-a-escola-que-adota-a-pratica-como-exercicio-diario/>]. Acesso em: 01 set. 2018.
8. Jacinto D. Crianças aprendem primeiros passos da meditação. *Jornal Cruzeiro do Sul*. 08 Mai 2017- [Disponível em: <http://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/785439/criancas->

- aprendem-primeiros-passos-da-meditacao]. Acesso em: 01 set. 2018.
9. Estadão de São Paulo. Mindfulness. 03 Jul 2017 - [Disponível em: <https://educacao.estadao.com.br/blogs/colegio-beliving/mindfulness/>]. Acesso em: 19 ago. 2018.
 10. Schonert-Reichl KA, Oberle E, Lawlor MS, Abbott D, Thomson K, Oberlander TF, Diamond A. Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial. *Dev Psychol.* 2015;51(1):52-66.
 11. Nascimento S. Mindfulness. Traga a sua mente para o agora. *Melissa #PlasticDreams*; 02 Mai 2018 - [Disponível em: <https://www.melissa.com.br/artigo/mindfulness>]. Acesso em: 02 set. 2018.
 12. Bodas Á. Nova técnica de meditação aumenta a produtividade no trabalho - Empresas começam a estimular a prática do mindfulness, que pode ser descrito como um estado de atenção plena. *Revista VOCÊ S/A, EXAME HOJE.* 3 Mai 2017. [Disponível em: <https://exame.abril.com.br/carreira/nova-tecnica-de-meditacao-aumenta-a-produtividade-no-trabalho/>]. Acesso em: 02 set. 2017.
 13. Oro G. 'Mindfulness': a atenção plena é ideal para combater as distrações - Ser plenamente consciente do que está ocorrendo aqui e agora é um desafio na era digital. *El País Ciência.* 07 Dez 2014 - [Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/12/05/ciencia/1417796395_262217.html]. Acesso em: 02 set. 2018.
 14. Tatton-Ramos TP, Simões RAG, Niquice FLA, Bizarro L, Russell TA. Mindfulness em ambientes escolares: adaptações e protocolos emergentes. *Temas psicol.* 2016; 24(4):1375-1388.
 15. Snel E. Quietinho feito um sapo. Exercícios de meditação para crianças (e seus pais). Rio de Janeiro: Bicicleta Amarela; 2016.
 16. Kotsou L. Caderno de Exercícios de Atenção Plena. Petrópolis: Editora Vozes; 2016.
 17. Greenland SK. Meditação em ação para crianças. Teresópolis:Lúcida Letra; 2016.
 18. Klix T. Goldie Hawn cria aula sobre como controlar o cérebro. *PORVIR Inovações em Educação.* 13 Mar 2015 - [Disponível em: <http://porvir.org/goldie-hawn-cria-aula-sobre-como-controlar-cerebro/>]. Acesso em: 01 dez. 2018.
 19. Black DS, Fernando R. Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower-Income and Ethnic Minority Elementary School Children. *J Child Fam Stud.* 2014; 23(7):1242-1246.
 20. Auerbach C, Delpont AC. Developing mindfulness in children through participation in music activities. *South African Journal of Childhood Education.* 2018; 8(1).
 21. Ruiz Lázaro PJ, Rodríguez Gómez T, Martínez Prádanos A, Núñez Marín E. Mindfulness en Pediatría: el proyecto "Creciendo con atención y consciencia plena". *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014; 16(62):169-179.
 22. Fontana FF, Cordenonsi AZ. TDIC como mediadora do processo de ensino-aprendizagem da arquivologia. *ÁGORA.* 2015; 25(51):101-131.
 23. Silva EGM, Moraes DAF. Curitiba: O uso pedagógico das TDIC no processo de ensino e

aprendizagem: caminhos, limites e possibilidades. Secretaria de Educação do Paraná; 2014 - [Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uel_ped_artigo_edina_guardevi_marques_silva.pdf]. Acesso em: 21 dez. 2018.

24. Trilhas de Aprendizagem - UA IV. Metodologia e métodos de pesquisa: algumas notas CDEAD/ENSP/FIOCRUZ; 2017 - [Disponível em: http://www.extranet.ead.fiocruz.br/criacao/2017/tec_edu_vr_ar/trilha/textos/mc6.pdf]. Acesso em: 01 dez. 2018.
25. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2008.
26. Calazans P. Brincando de Mindfulness. São Paulo: Matrix; 2018.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR: UMA PROPOSTA PARA A EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO – UBERLÂNDIA (MG)

Sibele Cristina Ribeiro*

Introdução

Educação em Saúde é um desafio que propõe uma prática crítica e conscientizadora diante da realidade cotidiana. A complexidade da Educação em Saúde resulta das suas múltiplas dimensões, social, política, cultural, filosófica, religiosa, além de associar as dimensões teórica e prática presentes nos níveis individual e coletivo¹. Educação, saúde e vida, em sua complexidade e singularidade, não se alcançam completamente pelas evidências científicas, relacionando-se intimamente com as subjetividades, cultura e contexto social². Na prática, paradigmas que reforçam práticas reducionistas predominam sobre as ações integradas e participativas³.

Na Educação em Saúde ainda prevalecem metodologias tradicionais, verticalizadas e prescritivas, onde a representação sobre a saúde e a vida saudável mantém-se afastada do âmbito do direito social e volta-se para uma escolha individual^{4,5}. A prevalência de intervenções em saúde focadas na geração de conhecimento e na mudança de atitudes e comportamentos pode acabar reforçando discursos e práticas que transferem cada vez mais para indivíduos e grupos específicos a responsabilidade pelo autocuidado. No entanto, isso não deve eximir

* Especialização em Tecnologias Educacionais para Prática Docente no Ensino da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) . Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sibelecristinaribeiro@yahoo.com.br

o Estado de sua obrigação de fornecer condições adequadas para a promoção da saúde individual e coletiva².

A educação deve estar fundamentada na reflexão a partir da realidade do educando, o qual, após retornar a essa realidade, tem a possibilidade de se corresponsabilizar com atitudes emancipatórias⁶, assim como a formação em saúde também deve partir dessa premissa. A educação pode interceder pela saúde ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem⁷, na busca de transformar a realidade a partir de uma ação consciente.

As reflexões teóricas e metodológicas da Educação em Saúde requerem a incorporação práticas e espaços educativos capazes de propiciar o empoderamento da comunidade⁴. A construção de uma educação reflexiva na saúde, incorporando metodologias críticas e problematizadoras, aplica a proposta de educação pensada na pedagogia de Paulo Freire⁶. Como pedagogia crítica, o modelo educacional de Paulo Freire tem sido apontado como uma importante contribuição para a promoção da saúde, especificamente para a Educação em Saúde⁸.

A promoção da saúde faz parte de uma agenda bastante atual. A possibilidade de utilizar o ambiente escolar como espaço promotor de saúde se deve à sua capacidade de se estabelecer como elemento transformador da realidade⁹, além de se configurar como uma atmosfera democrática. O papel político da escola é inegável, pois ali se apresenta, desconstrói ou se mantém uma ideologia, por meio da transmissão de valores e crenças¹⁰, muito embora esteja presente entre diferentes setores da sociedade hoje a discussão do valor e alcance das diferentes ideologias, fomentadas pelo questionamento do projeto “Escola sem Partido”. Nas diversas fases de desenvolvimento do indivíduo nas quais a escola está presente, sua importância como um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas em saúde é destacada. A escola pode atuar como um potencializador dessas ações por meio de estratégias direcionadas, sistematizadas e contínuas⁹.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) levanta, no documento Escolas Promotoras de Saúde¹¹, que um dos grandes desafios

na Educação em Saúde consiste em transcender os enfoques tradicionais. Dessa forma, propõe-se a promoção de estratégias de ensino que fortaleçam o empoderamento da comunidade escolar por meio de processos educativos bem estruturados. Essas estratégias devem facilitar que cada indivíduo adquira e coloque em prática os conhecimentos, atitudes, valores, habilidades e competências necessárias para a promoção e proteção da própria saúde, da sua família e da comunidade em geral. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva a expansão de intervenções sustentáveis bem-sucedidas a nível local para alcançar resultados positivos em âmbito nacional¹².

As ações de promoção à saúde, particularmente de educação preventiva e promoção da qualidade de vida, podem ser propiciadas no espaço escolar em ações inter e transdisciplinares e, ao serem levadas à comunidade escolar, colaboram com a incorporação da dimensão social da saúde. As práticas educativas adquirem relevância nas ações voltadas para o campo de promoção da saúde enquanto conseguem envolver a comunidade. A conscientização da comunidade é um pré-requisito para serem alcançados elevados níveis de saúde. Algumas ações podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades dessa comunidade, sendo entre elas, identificação das necessidades da população e intervenção educativa em saúde, de fácil acesso¹³.

A escola deve se apresentar como um espaço adequado a se desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco. É essencial criar estratégias educativas que promovam uma análise crítica e reflexiva sobre valores, condutas, condições sociais e estilos de vida. Essas estratégias podem contribuir significativamente para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, colaborando para a construção da cidadania e da democracia. Além disso, reforcem valores como solidariedade, espírito de comunidade e respeito aos direitos humanos, fundamentais para uma sociedade mais justa e inclusiva¹¹.

Um método eficaz de promoção à saúde estabelece a capacitação individual e coletiva de responsabilidade e de direitos. Tal prática requer formas didáticas que promovam uma modificação de atitudes e expandam a percepção

dos diversos fatores determinantes do conceito de ser saudável¹⁴. O diálogo e a reflexão são as condições para que os participantes lidem com as questões para promoção da saúde e os seus cuidados, permitindo a transformação de determinada realidade e gerando impacto social¹⁵. A educação dialógica permite aos educandos se envolver ativamente nas decisões e construir sua autonomia¹⁶.

De forma geral, o universo escolar não manifestou mudanças expressivas no seu currículo e nas suas práticas pedagógicas, ainda que rodeada por uma cultura digital que não pode mais ser ignorada. Essa inabilidade prática da escola provoca um distanciamento do universo de interesses e práticas sociais dos alunos, de suas comunidades e da sociedade em geral^{17,18}.

O grande desafio hoje se manifesta como a capacidade de se estabelecer um vínculo com esse educando. Para alcançá-los, faz-se cada vez mais necessário atingir e dominar seus conhecimentos tecnológicos. Os jovens incorporaram o uso cotidiano de tecnologias móveis e de redes sociodigitais que nos colocam em constante interação com (*ciber*) espaços sociotécnicos. Assim, tornaram essa forma de comunicação uma marca, um *habitus* dessa geração que se caracteriza, dentre outros fatores, pela intensa imersão nas culturas digitais.

Esses jovens já não aceitam mais formas convencionais de ensinar e aprender, pois aprenderam, com as tecnologias e as redes, a interagir, a produzir e a publicar¹⁹. Estes são alguns dos desafios que temos para a educação, particularmente para a Educação em Saúde. A incorporação de tecnologias digitais como ferramentas de ensino tem impulsionado mudanças na educação e tem se apresentado a necessidade de capacitação de professores para o uso de ambientes virtuais em uma nova cultura escolar²⁰.

Partindo-se de referenciais teórico-práticos sobre as questões gerais atreladas à atuação do educador e à Educação em Saúde, percebe-se haver influência considerável da abordagem humanista de sua formação na possibilidade de se fazer presente na promoção da saúde. Ao assumir esse binômio como demanda importante para a comunidade, entendemos ser primordial a criação de estratégias educativas para alcançar o educando, principalmente aquele mais vulnerável, nos aspectos envolvidos na promoção da saúde. Buscou-se atentar

para os aspectos pedagógicos da Educação em Saúde, entendendo-a de maneira engajada, visando, sobretudo, à melhoria da qualidade de vida, pesquisando alternativas pedagógicas reflexivas, dialógicas, transformadoras e capazes de cultivar a autonomia pelo empoderamento do sujeito.

Desta maneira, o tema e o objeto de pesquisa foram definidos a partir da observação de grupos consideravelmente vulneráveis, em sua condição de estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA), inseridos no sistema público de ensino, onde se poderiam investigar os aspectos envolvidos na promoção da saúde. Assim, os objetivos propostos para a intervenção sugerida são avaliar a efetividade de uma intervenção educativa nas concepções sobre promoção da saúde entre estudantes da rede municipal de ensino de Uberlândia (MG), nível Fundamental II, da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Propõe-se ainda reconhecer e avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de estudantes de 6º ao 9º ano da rede municipal de ensino de Uberlândia (MG), modalidade EJA, relacionados à promoção da saúde e qualidade de vida; identificar as necessidades e demandas do grupo de estudantes do Ensino Fundamental quanto à promoção da saúde; desenvolver uma estratégia de Educação em Saúde para promoção da saúde junto aos estudantes do Ensino Fundamental em Uberlândia (MG), modalidade EJA; comparar as concepções relativas à promoção da saúde antes e após a intervenção educativa proposta.

Metodologia

Delineamento do estudo

O estudo deverá ser realizado em escolas públicas municipais de Uberlândia (MG), que trabalham com a Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Trata-se de um estudo de intervenção, inserido no campo da saúde coletiva. A comparação dos resultados do grupo antes e após a ação educativa será o desenho adotado.

O presente trabalho desenvolver-se-á em três etapas distintas, apoiando-se em técnicas qualitativas e quantitativas, com delineamento descritivo

analítico e comparativo, propondo: (a) o levantamento das concepções dos sujeitos em estudo sobre os aspectos de promoção da saúde (b) a realização de uma intervenção educativa sobre a promoção da saúde (c) a comparação entre as concepções e conceitos relacionados à promoção da saúde, dos estudantes antes e depois da intervenção educativa.

População e amostra do estudo

O presente projeto deve seguir tais procedimentos: identificação da área amostral e do tipo de local de estudo, que inclui reconhecer as áreas geográficas onde será realizado o trabalho e estabelecer os critérios de inclusão do grupo de estudo; organizar os locais e os grupos de serviço, agrupando-os por área geográfica; seleção dos locais por meio de amostragem sistemática aleatória, a partir de um procedimento que estabelece intervalos amostrais para a seleção dos locais. Deverão ser sorteadas, entre as 13 escolas que apresentam a modalidade de ensino da Educação de Jovens e Adultos (EJA), quatro escolas para participarem do estudo.

A estratificação deve partir da separação de setores geográficos para a formação de amostras. Desta maneira, a amostragem das turmas deverá ser aleatória e estratificada por conglomerados. A divisão das escolas em estratos basear-se-á na distribuição realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que divide a zona urbana em cinco setores sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Em cada um dos quatro setores (Norte, Sul, Leste e Oeste) deverá ser sorteada uma escola com EJA, totalizando quatro escolas, correspondendo 30% do total de 13 escolas que oferecem essa modalidade de ensino na zona urbana.

As escolas funcionam com, pelo menos, uma turma de cada série, do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Em cada uma das quatro escolas sorteadas serão escolhidas duas turmas de EJA, conforme conveniência da equipe pedagógica da escola. Estima-se, segundo levantamento prévio realizado junto à Coordenação do Núcleo de Estudos de Jovens e Adultos (NEJA) da Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia (MG), que a média de estudantes das

turmas de EJA seja de 15 a 20 alunossala. A partir deste dado, propõe-se que a amostra seja constituída por 120 estudantes no mínimo.

Procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa

Procedimentos de coleta inicial dos dados

A primeira etapa consiste no levantamento do conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à saúde e sua promoção, por meio da aplicação simultânea de um questionário aos estudantes de cada turma sorteada. O questionário deverá ser adaptado a um formulário eletrônico, aplicado aos estudantes por meio da utilização das salas de informática dotadas de computadores e acesso à internet, ou de tablets, disponíveis nas unidades escolares. A idade mínima de 18 anos será o critério de inclusão para a participação desta fase. Cada turma será visitada e a abordagem inicial se dará na sala de aula, com o consentimento prévio da equipe pedagógica da escola e do professor presente na classe no momento.

Antes de responder às questões, os estudantes, na sala de aula, serão esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos, a pesquisadora, em seguida, lerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitará a assinatura do estudante que aceite colaborar livremente. O questionário, aplicado simultaneamente a todos que aceitarem participar, a ser respondido individualmente nos equipamentos, computador ou celular, abordará questões sobre autoavaliação da saúde do estudante e as práticas cotidianas de promoção da saúde.

Partindo de premissas teóricas alcançadas por diversos autores que pesquisam a Educação em Saúde, foram estabelecidos alguns temas iniciais relacionados diretamente à promoção da saúde de jovens e adultos, a serem questionados no levantamento inicial desta pesquisa^{1,21,22}: vulnerabilidades relacionadas à sexualidade – práticas de uso de preservativos e os riscos do seu não uso; experiências relacionadas à experimentação e uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas e o conhecimento dos fatores de risco e de proteção relacionados a essas substâncias; práticas cotidianas de promoção da própria saúde, bem como a realização e frequência de atividades físicas e esportes.

Este levantamento inicial busca prever as principais demandas do grupo em estudo, a partir do pressuposto de que esses temas, muitas vezes, estão implicados em práticas equivocadas e na falta de atitudes preventivas relacionadas à saúde. Será oportunizada, ainda no questionário inicial, a sugestão de temas relacionados à promoção da saúde e considerados relevantes pelos participantes.

Cinco conjuntos de variáveis independentes serão considerados no questionário inicial: 1. características socioeconômicas, 2. autoavaliação e cuidados com a saúde, 3. comportamento sexual, 4. avaliação de práticas relacionadas à saúde, 5. conhecimento sobre promoção da saúde.

Para a avaliação das frequências das respostas, as questões serão tabuladas e inseridas no banco do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21. As questões abertas serão agrupadas em categorias de acordo com as respostas mais presentes.

Desenvolvimento do embasamento teórico, planejamento e intervenção educativa

A segunda etapa do trabalho, envolve o desenvolvimento de estratégias didáticas de abordagem dos temas relevantes ao grupo de estudantes, a partir do diagnóstico levantado na primeira etapa e dos temas mais relevantes na promoção da saúde, de acordo com o que fora previamente levantado em pesquisa bibliográfica autores que trabalham com estratégias de Educação em Saúde, especialmente no espaço escolar^{23,24,1}. Essa etapa inclui a elaboração de material didático coerente com o nível de conhecimento do universo de pesquisa e o estabelecimento dos procedimentos de ensino a serem utilizados nos encontros com os estudantes.

Os procedimentos de ensino devem buscar o máximo de interação dos estudantes com o tema, utilizando a pedagogia da problematização, onde os estudantes não são meros expectadores, mas participam do processo de discussão e tornam-se atores da aprendizagem¹⁶. As estratégias desenvolvidas buscarão utilizar tecnologias digitais que possam favorecer metodologicamente

a interação dos estudantes com o tema. Dessa maneira, será disponibilizado o uso de recursos tecnológicos, como buscas *on-line* para construção de argumentos teóricos nos assuntos abordados e mídia interativa para o registro das atividades propostas, com produção de vídeos e seu compartilhamento.

A aplicação da intervenção educativa deve buscar simultaneamente promover o conhecimento em saúde por meio da promoção de discussões sobre os temas propostos, além de estimular a reflexão sobre o encontro e a troca de conhecimentos e informações entre os membros do grupo. Nesse aspecto, essa iniciativa pode ser caracterizada como um tipo de pesquisa definida como pesquisa-ação, o pesquisador assume-se papéis simultâneos de pesquisador e participante, nos momentos de ação e de reflexão, colocando-se como autor de sua prática e discurso^{25,26}. Na medida em que se configura como uma ação para a contínua formação e emancipação dos sujeitos, a partir de sua tomada de consciência na direção de mudança de percepção e comportamento, torna científica a prática educativa enquanto exercício pedagógico²⁷.

A intervenção educativa corresponde à etapa do projeto em que didáticas serão aplicadas as ações previstas na segunda etapa, a partir dos temas e necessidades levantados na primeira etapa diagnóstica. Serão também contemplados, durante as oficinas, os temas relacionados à sexualidade humana, ao tabagismo, uso de drogas ilícitas, alimentação balanceada e sua importância para a saúde, entre outros relacionados à promoção da saúde.

Essa ação educativa prevê promover o desenvolvimento da saúde na escola, utilizando-a como extensão do sistema de saúde. Na perspectiva pedagógica construtivista, parte-se do conhecimento dos estudantes na direção de orientar a elaboração das atividades a serem desenvolvidas e propiciar sua avaliação. Assim, propõe-se utilizar métodos que busquem desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes considerados essenciais para que os educandos possam ser agentes na promoção da saúde.

Os encontros, ao mesmo tempo em que devem se preocupar com a incorporação de informações sobre os temas propostos, devem coletar as impressões dos estudantes e os conceitos construídos pelos grupos. Para

isso, associar-se-á a técnica do grupo focal, cada vez mais usada na pesquisa qualitativa em saúde. Essa técnica tem conseguido satisfazer a nova tendência da Educação em Saúde, cujos propósitos se focam cada vez mais no grupo social, deslocando-se da perspectiva individual, que está alicerçada em abordagens universais, para a educação calcada nos valores culturais de seus possíveis beneficiários^{28,29}.

Morgan³⁰ classifica uma das modalidades do grupo focal como uma proposta multimétodos qualitativos, que integra seus resultados com os da observação participante, o que vem ao encontro dos propósitos desse estudo enquanto associa os relatos dos estudantes nos grupos às intervenções da pesquisadora no momento de condensar as diferentes concepções. Os produtos gerados pelas discussões grupais são tidos como dados capazes de formular teorias, testar hipóteses e aprofundar o conhecimento sobre um tema específico³⁰.

Deverão ser programadas pelo menos duas oficinas educativas em cada turma, com duração média de 1h40min cada, com intervalo médio de 15 dias entre elas. As oficinas deverão ser fotografadas, filmadas e relatadas segundo instrumentos próprios para cada oficina, para que se registre as percepções de cada atividade.

Na última etapa da oficina, propõe-se que cada turma se organize em grupos em que se dividirão os temas abordados durante a atividade, será confeccionado um painel informativo com os temas propostos, a ser exposto em espaço coletivo da unidade escolar. Cada grupo deve se organizar para a confecção de painéis em papel kraft, utilizando pincéis e recortes de figuras ilustrativas. Os próprios estudantes são incentivados a comandar o processo de produção do material.

Uma versão digital deste painel de informações será produzida pelo grupo, utilizando os equipamentos disponíveis na escola, seja salas de informática, tablets, ou os próprios celulares. Esses painéis deverão ser publicados nas redes sociais da escola e dos estudantes. A partir dessa proposta de confeccionar esse painel em grupo, deve-se avaliar com os estudantes os critérios de produção do material: por que, como, o que produzir, para quem.

As oficinas devem se encerrar com a apresentação dos painéis pelos diferentes grupos para toda a classe. Os aspectos de cada apresentação deverão ser registrados e serão gravadas as apresentações.

Para análise do material obtido na intervenção educativa, será realizada uma leitura atenciosa dos instrumentais de cada atividade realizada nas oficinas. Deve-se associar os métodos de sumário etnográfico e análise de conteúdo para se proceder à análise do material³¹.

Procedimentos de coleta final dos dados

O questionário final deverá ser aplicado uma semana após a intervenção educativa, em um encontro com toda a turma, deverá ser respondido simultaneamente por todos os estudantes, individualmente, também utilizando os equipamentos da sala de informática ou o aparelho celular, para responder o questionário *on-line* em formato de formulário eletrônico. Este questionário deverá conter as mesmas questões abordadas no questionário inicial para possibilitar a comparação do conhecimento da abordagem de promoção da saúde antes e depois da intervenção. Além das questões comuns, deverão ser abordadas questões sobre a avaliação pessoal da intervenção educativa e quais aspectos poderiam ser tratados e que não foram.

Deve-se realizar uma comparação entre os dados obtidos nos questionários inicial e final, a fim de se observar se houve mudança no conhecimento acerca de medidas de promoção de saúde descritas pelos estudantes.

Viabilidade técnica da execução do projeto

O presente projeto deve contar com a aprovação e o apoio da Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia (SME), que deve autorizar a realização da primeira e da terceira etapa descritas na metodologia, nas escolas municipais que possuem turmas de Educação de Jovens e Adultos. Após a aprovação pela SME, as escolas sorteadas para participarem da primeira etapa de levantamento deverão ser visitadas e esclarecidas dos

objetivos do projeto, sendo solicitada da equipe pedagógica das escolas a autorização para as entrevistas com os estudantes.

A aplicação da intervenção educativa e a produção de material pelos estudantes, jovens e adultos, durante a etapa de avaliação, também deverá ocorrer com a interação direta da equipe pedagógica da escola, que será fundamental para o convencimento e a aceitação da intervenção por parte dos alunos.

O projeto deverá ser submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Resultados esperados e discussão

O enfoque interativo das oficinas constitui a principal qualidade dessa estratégia. A proposição de questionamentos e os momentos de discussão em grupos devem propiciar que cada participante possa se expor em relação aos temas em foco e que o grupo chegue a um conceito coletivo acerca destes temas. A possibilidade da interlocução e da aprendizagem faz das oficinas um instrumento muito positivo e eficaz na prática pedagógica efetiva. Segundo Costa³² a oficina, enquanto ferramenta de gestão participativa, permite aos educadores disponibilizarem uma dinâmica de aprendizagem e compromissos mútuos, conduzindo para se chegar aos objetivos propostos.

Espera-se que a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, como oficinas, sala de aula invertida, com a apresentação dos trabalhos em forma de discussão e o uso de ferramentas tecnológicas e tecnologias digitais, permitam aos estudantes associar a teoria à prática e assimilar melhor os conteúdos abordados.

O trabalho em grupo, que deverá ser realizado nas atividades educativas, deve permitir o envolvimento dos componentes com o tema e o compartilhamento de uma diversidade de visões, que são complementares. A importância do trabalho em grupo, que propicia a correlação das diferentes percepções e o compartilhamento das suas emoções, caracteriza-se em uma melhor compreensão das racionalidades envolvidas no processo de aprendizagem³³.

Metodologias de aprendizagem colaborativa podem se concretizar de diferentes formas e em diferentes ambientes. A capacidade de trabalhar cooperativamente, em uma sociedade globalizada, complexa e interdependente, é uma das habilidades mais requeridas na educação desse século, de acordo com o Relatório para a Unesco da Comissão Internacional Sobre Educação para o Século XXI³⁴. A problematização surge em um ambiente pedagógico de reflexão coletiva, onde prevalece o diálogo e acontece a partir do reconhecimento do contexto e de novas perspectivas capazes de promover autonomia e o enfrentamento de resistências e conflitos³⁵.

Estratégias pedagógicas de problematização são ferramentas de potencial transformação da sociedade, pois se colocam como possibilidade de reconhecimento de sua condição e emancipação do sujeito³⁶.

As apresentações orais podem estimular a avaliação da capacidade de compreensão e interpretação da informação pelos discentes, que puderam atribuir sentido pessoal ao conhecimento adquirido³⁷.

A problematização a ser desenvolvida sobre promoção da saúde pode oportunizar uma discussão que resgate conhecimentos e percepções dos aspectos de promoção da saúde nas diferentes dimensões: individual, familiar e comunitária. A percepção individual da saúde é capaz de submeter as informações a que se tem acesso com uma lógica própria, de maneira que se faz necessário uma modificação na forma que a população percebe sua saúde e nas ações preventivas e de promoção da saúde³⁸.

Assim, para haver a incorporação de hábitos que favoreçam a saúde, deve-se estabelecer um processo de mudanças de atitudes e comportamentos voltado à busca da autonomia e da superação das iniquidades sociais, e não pela imposição de valores descontextualizados da realidade do indivíduo em seu território.

Segundo Ribeiro³⁹, “a integração entre saúde e educação representa uma postura dos educadores e profissionais da saúde voltada às necessidades da comunidade”. Essa aproximação permite um aumento progressivo da autonomia e da competência social do estudante, além do que, por meio da ampliação da

rede social e do apoio dos pares, a discussão propiciada pelos grupos podem exercer uma influência positiva sobre a vida das pessoas que dele participam.

A execução deste trabalho buscará estabelecer estreito vínculo entre promoção em saúde e educação. A educação dimensiona o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, correspondendo ao eixo estratégico para a promoção da saúde. A adequação de recursos voltados para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes é possível pela articulação entre esses dois eixos. Moura e colaboradores⁴⁰ questionam o papel da escola no desenvolvimento de estratégias educativas de promoção da saúde e sugerem a necessidade da transformação do enfoque positivista em espaço prioritário na formação humana traduzida em valores para a saúde. Bordenave e Pereira⁴¹ traduzem esse princípio como concepção ecológica da educação, que valoriza o diálogo, aproximando o ato educativo da vida cotidiana, sendo marcada pela interdisciplinaridade e pela pedagogia problematizadora.

Nesse contexto, o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) constitui-se em um dos mais poderosos meios de troca de informação e de realização de ações cooperativas, inclusive na Educação em Saúde. “É possível entrar em contato com pessoas e trocar ideias socialmente, ou conseguir ajuda na resolução de problemas ou mesmo cooperar com um grupo de pessoas na elaboração de uma tarefa complexa”⁴².

Considerações finais

A Educação em Saúde estabelece a capacitação individual e coletiva de responsabilidade e de direitos. Tal prática requer formas didáticas que promovam uma modificação de atitudes e expandam a percepção dos diversos fatores determinantes do conceito de ser saudável.

Entretanto, a escola ainda se coloca como um espaço onde, na maioria das vezes, as ações em saúde desenvolvidas são pontuais e não atingem os educandos em seus interesses. A ênfase prevalente na Educação em Saúde ainda parte da perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, apropriado pelas equipes de saúde, para uma “população leiga” desvalorizada em seu saber popular.

Além disso, não conseguem fazer um uso adequado e eficaz das tecnologias digitais em favor do aprendizado do estudante, por vezes, pela falta de recursos materiais e outras, pela falta de capacitação da equipe pedagógica para tirar da evolução tecnológica o melhor para o aprendizado.

A principal limitação deste estudo decorre da sua característica pontual, que se apresenta como uma proposta isolada do contexto programático da Educação de Jovens e Adultos, uma vez que o trabalho em Educação em Saúde deveria estar previsto e ocorrer de maneira contínua na proposta curricular.

Referências

1. Medeiros ER, Rebouças DGC, Paiva ACS, Nascimento CPA, Silva SYB, Pinto ESG. Studies evaluating of health interventions at schools: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018; 26(e3008).
2. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde debate*. 2016; 40(108):190-203.
3. Raupp B. Trabalho docente no ensino superior e desafios educacionais no mundo contemporâneo: uma reflexão com base no pensamento complexo. *Rev Bras Educ*. 2022;27:e270043.
4. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2539–50.
5. Venturi T, Mohr A. Panorama e Análise de Períodos e Abordagens da Educação em Saúde no Contexto Escolar Brasileiro. *Ens Pesqui Educ Ciênc (Belo Horizonte)*. 2021;23:e33376.
6. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3 ed. São Paulo: Moraes; 1980.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4).
8. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5):1527-1534.
9. MontAlverne DGB, Catrib AMF. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. *Rev. Bras Promoc Saúde*. 2013; 26(3):307-308.
10. Macedo E. As demandas conservadoras do movimento escola sem partido e a base nacional curricular comum. *Educação & Sociedade*. 2017; 38.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. *Escolas Promotoras de Saúde- Fortalecimento da Iniciativa Regional - Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012*. Washington: OPAS; 2006.
12. Organização Mundial de Saúde. *Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais*

de saúde: documento para discussão. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2011. [Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/]. Acesso em: 15 jan. 2019.

13. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(1):213-220.
14. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(2):335-42.
15. Abma TA, Cook T, Rångård M, Kleba E, Harris J, Wallerstein N. Social impact of participatory health research: collaborative non-linear processes of knowledge mobilization. *Educ Action Res*. 2017; 25(4):489-505.
16. Freire P. *Educação Como Prática da Liberdade*. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
17. Bonilla MHS, Pretto NL. Política educativa e cultura digital: entre práticas escolares e práticas sociais. *Perspectiva*. 2015; 33:499-521.
18. Lopes E, Valdemarin VT. Tecnologia digital como parte da cultura escolar contemporânea. *Tecnologia Educacional*. 2017; 216:163-173.
19. Lucena S. Culturas digitais e tecnologias móveis na educação. *Educar em Revista*. 2016; 00(59):277-290.
20. Fajarra Beraldo RM, Albuquerque Maciel D. Competências do professor no uso das TDIC e de ambientes virtuais. *Psicologia Escolar e Educacional [Internet]*. 2016; 20(2):209-217.
21. Faustini DMT, Novo NF, Cury MCFS, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(3):783-90.
22. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3):807-816.
23. Begley K, Haddad AR, Christensen C, Lust E. A health education program for underserved community youth led by health professions students. *Am J Pharm Educ*. 2009;73(6):98.
24. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. «Você aprende. A gente ensina?»: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42.
25. Barbier RA. *Pesquisa ação*. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Líber Livro Editora; 2007.
26. Thiollent MJ, Colette MM. Pesquisa-ação, formação de professores e diversidade. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. 2014; 36.
27. Franco MAS. The pedagogy of action research. *Educação e Pesquisa*. 2005; 31(3):483-502.
28. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996; 120(6).
29. Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Nicholas M. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

30. Morgan DL. Focus group as qualitative research. Sage university paper series in: Qualitative research methods. Newbury Park: Sage Publications; 1997.
31. Lervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2001; 35(2):115-121.
32. Costa EP. Técnicas de dinâmica: facilitando o trabalho com grupos. 2 ed. Rio de Janeiro: WAK; 2003.
33. Mourthe Junior CA, Lima VV, Padilha RQ. Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. *Interface (Botucatu)*. 2017.
34. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir - Relatório para a Unesco da Comissão Internacional Sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; 2006.
35. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc saúde coletiva*. 2008; 13:2133-44.
36. Freire P. Pedagogia do oprimido. 60 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
37. Freire LG. Concepções e abordagens sobre a aprendizagem: a construção do conhecimento através da experiência dos alunos. *Cienc Cogn*. 2006; 9:162-168.
38. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde Soc*. 2009; 18(2):293-303.
39. Ribeiro SC. Estratégia para a Educação Popular em Saúde entre jovens e adultos. *Rev Ed Popular*. 2012; 11(2):155-163.
40. Moura JBVS, Lourinho LA, Valdês MTM, Frota MA, Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2007;14(2):489-501.
41. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 33 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
42. Valente JAA. Comunicação e a Educação baseada no uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. *Revista UNIFESO – Humanas e Sociais*. 2014; 1(1):141-166.

NETINHA NEWS: SAÚDE E TECNOLOGIA NA ESCOLA

Sibele Pontes Rocha*
Karla Kristine Dames da Silva**
Regina Lúcia Monteiro Henriques***
José Jair Brandão****

Introdução

Os adolescentes e jovens geralmente são considerados indivíduos saudáveis, o que por vezes compromete as ações relacionadas aos cuidados em saúde específicos para esse público, com exceção das questões relacionadas a sua saúde reprodutiva. Entretanto, no contexto atual, é possível evidenciar a vulnerabilidade dessa população, que vem sendo alvo de muitos atos de violência e agravos relacionados principalmente às causas externas¹.

Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com o objetivo principal de promover a qualidade de vida. Essa política busca reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde associados aos determinantes e condicionantes da saúde, incluindo modos de vida, condições de trabalho, alimentação, lazer, educação e outros bens e serviços essenciais². Nesta direção, é possível visualizar a escola como um espaço potente para a realização de ações de promoção à saúde de seus estudantes e demais membros da comunidade escolar.

* Especialista em Tecnologias Educacionais para Prática Docente no Ensino da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. siblepontes63@gmail.com

** Doutora em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. karla.dames@pesqueira.ifpe.edu.br

*** Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. henriques.rm@gmail.com

**** Especialista em Gestão, Coordenação, Planejamento e Avaliação Escolar (UNINTA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jjairbrand@gmail.com

A saúde faz parte dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) desde a década de 1990, sendo designada como uma temática transversal, o que a diferencia das disciplinas regulares, por não ter um programa a ser cumprindo, devendo ser tratada transversalmente no formato de discussões inseridas nas outras disciplinas da grade escolar e alinhadas ao Projeto Pedagógico da Escola³⁻⁴.

Assim, a integração entre os campos da saúde e educação tem se mostrado eficaz, inspirando a criação de programas e políticas públicas. O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é prova disso, pois é o resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, com vistas a expandir o acesso à saúde por parte dos estudantes da rede pública⁵.

As ações e projetos de promoção à saúde, que geralmente estão mais concentrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), têm na escola um lócus privilegiado para o desenvolvimento de suas atividades. Aragão⁶ define a escola como um espaço privilegiado no território da ESF para o desenvolvimento de programas educativos, que abordem a saúde, e de preferência de uma forma alinhada aos interesses dos jovens, despertando sua curiosidade e vontade de aprender, o que pode ser feito por meio da utilização das novas linguagens voltadas a aprendizagem com o uso da internet. Assim, são descritos seis passos para operacionalização e execução de projetos de promoção à saúde escolar, a saber: identificação do problema; escolha do objetivo; seleção de atividades e ações; avaliação dos custos e elaboração de orçamento para o projeto e avaliação do projeto⁷.

A escola, por meio de seus professores e sociedade em geral, precisa reconhecer a relevância do acesso à informação por parte de seus estudantes por meio das novas tecnologias, em especial as tecnologias de informação e comunicação. Isso é essencial para incluir socialmente e digitalmente os adolescentes, sendo, portanto, papel da escola preparar o indivíduo para a vida⁸.

Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs) é a designação mais atual para caracterizar as tecnologias digitais de acordo com Gewehr⁹, que se diferenciam das Tecnologias de Informação e Comunicação

(TIC) necessariamente pelo caráter de aplicação de elementos digitais na primeira. Apesar dessas diferenças conceituais, é comum que TICs e TDICs sejam utilizados como sinônimos¹⁰.

Neste capítulo, optou-se por utilizar TDICs, por ser a terminologia utilizada nos materiais didáticos do curso de Especialização em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde na Escola, ao qual esse projeto de intervenção foi apresentado como produto final, no entanto, nas citações de outros autores utilizou-se o termo escolhido na publicação.

As TDICs estão cada vez mais presentes em todos os âmbitos da vida moderna, os jovens, em especial, têm uma ligação maior com esse mundo digital, o que pode ser creditado a convivência destes com a tecnologia, desde o nascimento. Os dados da pesquisa TIC Online Brasil 2016, revelaram que oito em cada dez crianças e adolescentes, de 9 a 17 anos, eram usuários assíduos da internet e que a utilizam principalmente a partir do próprio celular¹¹.

Os recursos tecnológicos colaboram para o desenvolvimento social, econômico, cultural e intelectual, nesse contexto, as TIC são uma forma de inovação tecnológica, que pode ser utilizada pelos professores na educação. Contudo, o professor precisa compreender as possibilidades de utilização destas tecnologias, para utilizá-las como facilitadoras do processo de ensino e aprendizagem¹².

Valli e Cogo¹³ em sua pesquisa sobre *blogs* escolares com a temática sexualidade, evidenciaram a importância dos profissionais de saúde em ações de Educação em Saúde na escola, de forma a qualificar as informações disseminadas e discutidas nas redes sociais. Ou seja, é preciso mais que ter os recursos tecnológicos e digitais, a escola e os alunos precisam de orientação e direcionamentos para prosseguir.

Trabalhar transversalmente o tema saúde, aliado às TDICs, trata-se de um desafio para o campo educacional, contudo, quando se consegue trabalhar de forma articulada essas temáticas, tem-se uma maior possibilidade de aplicação de métodos de ensino-aprendizagem efetivos, que impactam na construção colaborativa de conhecimentos, alinhados à realidade dos estudantes¹⁴.

Considerando o exposto, a interface entre saúde e educação mediada pelas tecnologias digitais é a temática a ser desenvolvida neste projeto de intervenção, dada a importância da articulação dessas áreas para a melhoria do ensino e da saúde de adolescentes escolares.

O projeto foi idealizado a partir das observações e atividades do curso de especialização supracitado, na escola de Ensino Fundamental Netinha Castelo, localizada em uma cidade do interior do Ceará, que se difere de outras escolas pelo papel que a saúde possui no cotidiano escolar. Apesar de não trabalhar na escola, os pesquisadores tiveram a oportunidade de se aproximar desse espaço por meio da Liga de Promoção à Saúde do Adolescente (LIPSA). A LIPSA consiste em um projeto de extensão criado por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o objetivo de realizar ações de promoção da saúde em diversos espaços da cidade onde se concentram adolescentes, em especial nas escolas.

Além das ações da LIPSA, a escola desenvolve, em parceria com o Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro onde está situada, o projeto “Posso te ouvir” que surgiu a partir da identificação da escola de muitos casos de automutilação, distúrbios alimentares e tentativa de suicídio. Portanto, tornou-se necessário buscar ajuda em outros espaços, para além do ambiente escolar e a partir de várias frentes de ação e metas, entre elas: reestruturação dos currículos para abordar saúde transversalmente; escuta qualificada e encaminhamento dos alunos aos pontos das Redes de Atenção à Saúde; promoção da cultura de paz e sensibilização dos alunos para os efeitos negativos do preconceito e do *bullying*.

Nesse ínterim, uma das ações que surgiram no intuito de promover saúde no ambiente escolar, foi o jornal escolar *Netinha News*, por iniciativa do professor de Português, como forma de incentivar a prática da escrita e discussão de temas atuais e relevantes pelos alunos, a saber: “Projeto Posso te Ouvir” e do uso racional de tecnologias; *bullying*; valorização da mulher na sociedade; suicídio; respeito às diferenças; igualdade racial; saúde ambiental. As matérias do jornal são escritas pelos alunos e posteriormente revisadas e organizadas em um documento no

formato de jornal pelo professor de Português e outros professores, utilizando o programa Publisher. Destaca-se que por falta de recursos para impressão, o jornal é compartilhado em um documento em PDF, o que não facilita a leitura pelo celular, além de um blog que poucas pessoas acessam.

A partir desse relato e das observações na escola, constatou-se que o jornal escolar pode ser uma ferramenta para estimular discussões sobre saúde no ambiente escolar. Utilizando recursos tecnológicos digitais, não apenas para a produção, mas também para a divulgação nas redes sociais e outros meios da internet, é possível incentivar os alunos a escreverem matérias para o jornal e posteriormente criarem e compartilharem sua versão digital.

Objetivos

Como objetivo geral, o presente projeto pretende habilitar alunos e professores a utilizarem ferramentas tecnológicas para a promoção da saúde, por meio da produção e divulgação do jornal escolar digital *Netinha News*. E enquanto objetivos específicos, foram elencados três, a saber: inserir a tecnologia no cotidiano escolar, a favor do ensino de temas transversais, em especial, da saúde; favorecer o protagonismo juvenil dos adolescentes escolares na construção de um jornal digital *on-line*; fortalecer o vínculo entre escola e Universidade, por meio da integração entre professores e alunos, desses dois espaços, em prol do ensino da saúde na escola.

Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção educacional com abordagem qualitativa. Tais projetos são planejados e implementados para introduzir inovações com o objetivo de promover melhorias nos processos de ensino dos participantes. Após a implementação, os resultados alcançados são avaliados para mensurar o impacto das intervenções realizadas¹⁵.

Para Minayo e Sanches¹⁶, não existe uma contrariedade, nem complementariedade entre as abordagens quantitativas e qualitativas, por

possuírem naturezas diferentes, sendo a primeira capaz de converter grandes conjuntos de dados em variáveis quantificáveis, e a segunda dedicada a compreender fenômenos provenientes de grupos não necessariamente delimitados e de um ponto de vista bastante abrangente.

A intervenção educativa será desenvolvida na Escola de Ensino Fundamental (EEF) Netinha Castelo, localizada em uma cidade no interior do Ceará. A escola integra a rede de ensino público e funciona desde 1968, sendo considerada especialista em Ensino Fundamental, por funcionar apenas com turmas do 6º ao 9º ano, nos turnos matutino e vespertino. Ao todo, possui um total de 1.015 alunos, divididos em 28 turmas e uma equipe composta por 33 professores, 5 cuidadores, 7 integrantes do núcleo gestor e 8 auxiliares (serviços gerais, técnicos administrativos, vigias, merendeiras, etc).

A instituição possui uma boa estrutura física, com 14 salas de aula regular, uma sala para os alunos que recebem Atendimento Educacional Especializado (AEE), uma quadra de esportes, um jardim, uma sala para a direção, uma sala para a coordenação, uma secretaria, uma cantina, um refeitório, um depósito, uma sala dos professores, um banheiro masculino e um feminino. Destaca-se que a mesma possui espaços amplos e ventilados, além de bastante arborizados.

Os participantes do estudo serão os estudantes e professores da Escola Netinha Castelo que fazem parte da equipe responsável pela elaboração do jornal escolar *Netinha News*. Atualmente, a equipe é composta por 24 membros, sendo 14 adolescentes e 10 professores. Os professores pertencem às seguintes disciplinas: Português, Matemática, História, Formação Humana e Educação Física. Destaca-se que uma parte dos adolescentes que estão envolvidos na produção do jornal cursam o 9º ano do Ensino Fundamental e vão sair da escola, no entanto, outros alunos já demonstraram interesse em participar da equipe que constrói o jornal. Sendo assim, a intervenção será realizada com a equipe que estiver à frente da produção do jornal no momento da intervenção.

Definição da intervenção

A intervenção será no formato de uma oficina sobre a utilização de ferramentas tecnológicas para a produção e divulgação de uma versão digital e on-line do jornal escolar *Netinha News*. Os facilitadores do projeto serão uma pesquisadora e acadêmicos do curso de Enfermagem da UVA, que são membros da LIPSA e do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LABSUS), vinculado à UVA. Esses profissionais possuem experiência na realização de ações de promoção à saúde com adolescentes e em pesquisas sobre Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) no contexto escolar. Neste sentido, será realizada inicialmente uma exposição dialogada sobre as ferramentas e logo em seguida a prática das mesmas pelos participantes, além de serem pactuadas atividades para os participantes realizarem em casa, a fim de cumprir a carga horária prevista.

A oficina acontecerá em dois dias seguidos e será realizada no Laboratório de Informática do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UVA, com uma carga horária de 12h, sendo 8h de atividades presenciais, divididas em dois turnos de 4h, provavelmente no turno da noite de 17:30h às 21:30h, mais 4h de dispersão, a serem cumpridas a distância pelos participantes, a fim de que pratiquem as atividades desenvolvidas durante a oficina. Como forma de incentivar a participação dos estudantes e professores, a oficina será cadastrada no sistema de eventos da UVA e será certificada por sua Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEX).

A pesquisadora buscará articular com a gestão escolar uma reunião com os professores, onde pretende dialogar sobre o uso das tecnologias digitais, articuladas ao ensino transversal da saúde na escola. Além disso, será realizado o convite e destacada a importância dos professores participarem da oficina, bem como, motivarem os alunos a participarem, posteriormente os convites serão reforçados via grupo no WhatsApp do *Netinha News*.

Recursos tecnológicos: equipamentos e ferramentas

A oficina não poderá ser realizada na escola justamente pela falta de equipamentos tecnológicos, principalmente computadores, tendo em vista, que ela não possui laboratório de informática e os computadores existentes estão distribuídos em vários setores. Portanto, buscou-se um espaço onde fosse possível realizar a oficina de forma mais confortável, sendo escolhido o laboratório de informática do CCS da UVA, pela proximidade da pesquisadora com a instituição.

Os equipamentos a serem utilizados durante a oficina são os computadores de mesa do laboratório de informática para a prática das ferramentas digitais, um notebook, datashow para o facilitador exibir a exposição dialogada e *smartphones* para registros fotográficos e de vídeo do momento.

As ferramentas digitais a serem discutidas durante a oficina, serão de dois tipos: ferramentas para construção e veiculação *on-line* do jornal digital (Jornal Express) e ferramentas para divulgação do jornal na internet (Facebook, Instagram e WhatsApp). As ferramentas de elaboração, serão as utilizadas para materializar o jornal na internet, enquanto as segundas serão utilizadas para divulgá-lo na internet, tendo em vista que não é efetivo produzir um material *on-line* e não apostar em sua divulgação em massa, quando se fala de um universo tão vasto quanto o virtual.

Ferramenta de construção e veiculação *on-line*

O Jornal Express é um produto da Connix Consulting, uma empresa especializada em WEB Services que oferece ferramentas para gerenciamento de negócios na internet, incluindo sites, jornais, aplicativos, entre outros. Este produto permite a criação de um jornal *on-line* por meio de um sistema gratuito e sofisticado para gerenciamento de conteúdo jornalístico.

O Jornal Express reúne, entre suas funcionalidades, a criação instantânea de um jornal *on-line*, sem a necessidade de ter um site vinculado; utilização do jornal como página pessoal, sendo possível postar textos e fotos; atualização e edição do jornal *on-line* a partir de qualquer computador

utilizando um navegador: Chrome, Firefox, Explorer, Opera, Safari ou outros. O jornal está disponível no link: <http://www.jex.com.br>.

Esta ferramenta oferece uma interface de fácil utilização e diversos recursos que tornam os jornais criados em sua plataforma dinâmicos e atrativos. Isso os torna ideais para veiculação na internet e especialmente atraentes para o público-alvo, que são os adolescentes escolares.

Ferramentas de divulgação

As ferramentas digitais a serem exploradas na oficina serão o Facebook, o Instagram e o WhatsApp, sendo dada uma maior ênfase nas duas primeiras.

O Facebook é uma das redes sociais mais usadas no mundo, sendo bastante popular em públicos de todas as idades, principalmente os adolescentes, sendo uma ferramenta de fácil acesso e manuseio, apesar de possuir diversas funcionalidades, como bate-papo, compartilhamento de conteúdo, criação de grupos e integração com diversas outras ferramentas virtuais, entre outras opções.

A escola já possui uma página e uma *fanpage* que podem ser utilizadas para divulgar o jornal, o que ainda não foi feito. Com a construção e instalação do jornal em uma plataforma como o Jornal Express, o link pode ser compartilhado, juntamente com as principais matérias e informações sobre os alunos envolvidos. Além disso, um dos alunos da equipe do jornal criou um Instagram e uma fanpage no Facebook específicos para o jornal, nos quais a pesquisadora auxilia na administração. O Instagram é uma rede social *on-line* de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus usuários, que permite aplicar filtros digitais e compartilhá-los em uma variedade de serviços de redes sociais. O Instagram possui uma série de “gatilhos”, baseados em algoritmos programados para alcançar um público maior de pessoas, a depender da interatividade e engajamento dos usuários. Além de oferecer inúmeros recursos que facilitam a divulgação de um produto, principalmente em sua versão pública, que permite conhecer o perfil de acesso dos seguidores e lançar

conteúdos de interesse, em dias e horários estratégicos. Neste sentido, a ideia é passar algumas “dicas” de como potencializar o Instagram que foi recentemente criado para o jornal *Netinha News*, além de disponibilizar em seu perfil o link de acesso do jornal on-line, quando este estiver sendo construído.

O WhatsApp é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*. Além de mensagens de texto, os usuários podem enviar imagens, vídeos e documentos em PDF, além de fazer ligações grátis utilizando a internet. Considerando essas funcionalidades, no aplicativo pode ser criada uma lista de transmissão, por parte dos organizadores do jornal, para disseminar o link de acesso.

Continuidade e avaliação do projeto de intervenção educativa

O projeto de intervenção educativa consiste, primordialmente, na realização de uma oficina sobre recursos tecnológicos, que proporcionem aos membros do *Netinha News* a construção de sua versão digital e *on-line*. No entanto, a ideia é que esse projeto tenha um caráter de continuidade no espaço escolar, que será garantido por meio do apoio da pesquisadora e dos acadêmicos de Enfermagem da UVA, membros da LIPSA e LABSUS, que realizarão ações de extensão e pesquisa na escola, onde serão incluídos momentos de orientação e suporte aos membros do jornal escolar, no que diz respeito a sua construção e divulgação.

Acerca da infraestrutura tecnológica necessária à produção de um jornal digital, é evidente a carência de recursos tecnológicos na escola. Entretanto, acredita-se que após a oficina, os alunos e professores da Escola Netinha Castelo, possam se sentir mais seguros e motivados na construção do jornal, podendo utilizar para tal, o computador existente na biblioteca da escola, ou de algum dos outros setores. Além de ser possível a construção colaborativa *on-line* do jornal, a ser realizada nos próprios domicílios desses, tendo em vista que a maioria possui computador e *smartphones*, inclusive com acesso à internet.

Após a realização do projeto de intervenção, a avaliação ocorrerá primeiramente durante os dias da oficina, por meio de dinâmicas de avaliação a serem definidas pelos facilitadores. Posteriormente, serão realizadas visitas à escola e conversas com os participantes da oficina e demais membros da comunidade escolar. O objetivo é evidenciar a efetividade da intervenção, contribuindo para as estratégias de promoção da saúde e integração transversal da temática no currículo escolar, mediada pelas tecnologias digitais.

Os dados serão coletados por meio de observação participante do pesquisador e equipe, registros escritos da oficina, bem como de suas avaliações, além de registros fotográficos e em vídeo dos momentos.

A análise dos dados será realizada mediante discussão com a literatura atual e pertinente sobre a temática, a fim de produzir um artigo do tipo Relato de Experiência, a ser submetido em um periódico com escopo nas áreas temáticas do projeto, a saber: saúde, educação e tecnologias.

Nesta intervenção educativa, serão respeitados os princípios bioéticos preconizados pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas com seres humanos, assegurando aos participantes do estudo: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade¹⁷.

Resultados esperados e discussão

Santos e Ressel¹⁸, em seu artigo de atualização, destacam a importância de o adolescente acessar os serviços de saúde, além de entender que o profissional de saúde atua como mediador de seu cuidado, e para que essa relação ocorra, o profissional, por sua vez, também precisa saber como atender esse adolescente, de modo a cativá-lo ao invés de afastá-lo do serviço. Ou seja, o profissional precisa compreender e reproduzir a linguagem do adolescente, e a tecnologia pode ser vista como uma aliada nesse processo, principalmente se considerarmos que o adolescente, de maneira geral, não costuma frequentar tanto os serviços de saúde, além de apresentar agravos na maioria das vezes preveníveis por meio de ações de promoção da saúde.

Algo que se destacou desde o início das observações na escola, foi a falta de familiaridade com as tecnologias digitais. As ações desenvolvidas eram pontuais e pouco efetivas na prática, no entanto, a gestão e professores reconheciam essa fragilidade e se mostravam dispostos a melhorar nesse sentido. Sendo assim, identificou-se que essa subutilização da tecnologia poderia ser um bom “gancho” para apoiar o projeto de intervenção. A ideia é unir a saúde, que é um foco forte na escola, considerando os outros projetos desenvolvidos com essa temática, com a tecnologia, que é um eixo mais frágil. O jornal escolar é uma ferramenta pedagógica que há muito vem sendo utilizada tanto para o ensino e aprendizagem da linguagem, quanto para outros fins, como para promover saúde no ambiente escolar. Em uma experiência de uma escola pública, que possui parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), foram desenvolvidas atividades voltadas à promoção da saúde durante os sábados letivos e ao final foi produzido um material denominado *Jornal da Saúde*, onde foram sistematizadas as experiências dos momentos vivenciados, além de depoimentos e entrevistas dos membros da comunidade escolar, para posteriormente ser distribuído na escola¹⁹.

O manual organizado por Gouvêa²⁰, aborda em um de seus tópicos o motivo de se produzir um jornal para crianças e adolescentes. Desta que o jornal atua informando e formando leitores com senso crítico, além disso, a leitura de notícias desperta o interesse pela informação, devendo apresentar-se de forma atrativa no conteúdo e layout, de forma alinhada às especificidades do público-alvo.

O protagonismo juvenil, por sua vez, não caracteriza apenas um método e/ou concepção pedagógica, mas a capacidade do jovem de ser ator principal do seu desenvolvimento, entorno e país²¹. Neste sentido, ressalta-se o caráter de protagonismo dos adolescentes na produção do jornal escolar *Netinha News*, algo que inclusive é citado no Manual de Gouvêa²⁰, que recomenda a necessidade de maior engajamento dos adolescentes dos anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio, não dispensando a orientação do professor.

O grupo responsável pelo *Netinha News*, especialmente o professor de Português e a gestão escolar, inicialmente não viam com clareza a viabilidade

de tornar o jornal digital e on-line. Isso ocorria porque consideravam essa opção como uma alternativa secundária, devido à falta de recursos para impressão e distribuição dos exemplares aos alunos. No entanto, a internet oferece a oportunidade de alcançar um público muito maior, tanto dentro quanto fora da escola.

As TDICs são ferramentas que podem e são utilizadas na educação e promoção da saúde, especialmente quando relacionada ao público jovem, por fazer parte do universo deles, os aproxima das estratégias realizadas nesse sentido. Para Fontana e Cordenonsi²², as tecnologias podem atuar como transformadoras da metodologia de ensino-aprendizagem, por seu caráter de inovação, que atrai o jovem e o interliga ao professor, para que juntos possam construir conhecimento.

O projeto busca fomentar o protagonismo juvenil, que já está presente na elaboração do jornal *Netinha News*, tendo em vista, que os alunos produzem os textos, auxiliam na diagramação e na divulgação do mesmo. Neste sentido, o artigo de Vieira e Abranches²³ apresenta outra experiência com jornal escolar e destaca o caráter de protagonismo do adolescente em seu próprio aprendizado. O adolescente tem a oportunidade de atuar como um ser ativo, reflexivo, dinâmico e crítico diante das experiências que motivaram a construção do jornal.

A colaboração da UVA será realizada por meio da LIPSA e do LABSUS. Os acadêmicos participantes desses dois grupos atuarão no projeto de intervenção, auxiliando na facilitação da oficina. Além disso, a UVA cederá o espaço para a realização da oficina e certificará os participantes. Assim, essa aproximação da escola com a Universidade, tende a ser muito benéfica para ambas as instituições, favorecendo o desenvolvimento da responsabilidade social da Universidade, bem como do fortalecimento do tripé universitário, proporcionado pela indissociabilidade entre a extensão, ensino e pesquisa. Colabora, portanto, para a melhoria do ensino superior, por meio da formação de acadêmicos mais sensíveis aos reais problemas da sociedade. Corroborando Calderón, Gomes e Borges²⁴, que destacam o papel da universidade em discutir

responsabilidade social com base no tripé universitário, a UVA se empenha na sistematização e disseminação do conhecimento de qualidade. Os resultados esperados após a oficina é que as discussões realizadas durante o momento possam continuar após, e que incentivem a continuidade do jornal escolar, sobretudo como uma ferramenta de promoção da saúde na escola, por meio do protagonismo juvenil dos adolescentes e disponibilidade dos professores em orientá-los. Silva, Melo e Carlos²⁵ trazem que, para os adolescentes atuarem como protagonistas na redução de suas próprias vulnerabilidades, eles precisam conhecer e entender as mesmas, com vistas a fomentar a promoção da saúde e a participação deles em seu contexto social, impactando em sua qualidade de vida.

Espera-se que a oficina possibilite aos alunos e professores o aporte inicial para a produção e divulgação *on-line* do *Netinha News*, de forma a aumentar o alcance do jornal, tanto no interior da comunidade escolar, quanto fora dela. Além disso, a ideia é que os participantes atuem como multiplicadores desse conhecimento, a fim de viabilizar a continuidade do jornal e sua divulgação como uma experiência exitosa da escola.

Considerações finais

A partir do desenvolvimento dessa intervenção educativa, pretende-se incentivar a utilização das tecnologias digitais, bem como potencializar as discussões acerca da saúde na escola. O presente projeto trata-se de um primeiro passo para a sensibilização da comunidade escolar: alunos, professores e demais membros, acerca das vantagens e possibilidades desses recursos dentro e fora de sala, como forma de fomentar a construção do conhecimento e troca de saberes entre alunos e professores.

A ideia é potencializar o que a escola já faz, no que diz respeito às ações e projetos envolvendo saúde, além de incentivar uma maior utilização das tecnologias, considerando sua importância para o ensino, não só da saúde, mas de forma geral. Espera-se, ainda, que a articulação entre a UVA e a Escola

Netinha Castelo, seja de grande valia para ambos os envolvidos, colaborando com a melhoria da educação básica e superior.

Apesar de a intervenção ainda não ter sido desenvolvida, é provável que durante sua execução alguns obstáculos surjam. Entre eles, a falta de insumos tecnológicos na escola, como computadores e *tablets*, que pode inviabilizar a execução da intervenção no espaço escolar devido à ausência de equipamentos e ambiente adequado. Além disso, a inabilidade de alguns alunos e professores para utilizar os recursos tecnológicos também pode ser um desafio a ser enfrentado. Outro fator que dificultou as discussões ao longo do projeto, foi a escassez de materiais publicados, que descrevessem o enfoque da temática, a saber: interface saúde e educação mediada pela tecnologia, para a construção e divulgação de um jornal escolar *on-line*. Sendo assim, sugere-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas nessa área.

Em suma, o jornal *Netinha News* é uma iniciativa maravilhosa que congrega alunos e professores, incentiva o protagonismo juvenil e fomenta as discussões sobre saúde na escola, e que só tende a crescer com a maior utilização das tecnologias digitais, pois já é uma experiência exitosa e merece ser disseminada na comunidade escolar e muito além dela, em espaços que só a internet poderia levá-la.

Referências

1. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-para-atencao-a-saude-de-adolescentes-e-jovens/>. Acesso em: 03 dez. 2018.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 03 dez. 2018.
3. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental; 1998.
4. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais – Ensino Fundamental. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação

Fundamental; 2000.

5. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2): 265-71.
7. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.
8. Cavalcante RB, Scopacasa LF, Bezerra LLAL, Pedrosa JV, Pinheiro PNC. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. *J Health Inform.* 2012; 4(4): 182-6.
9. Gewehr D. Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICS) na escola e em ambientes não escolares [dissertação de mestrado]. Lajeado: Centro Universitário UNIVATES; 2016. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/6f949ffe-53d0-40de-bb25-fe2e99ded549/content>. Acesso em: 15 nov. 2018.
10. Maia DL, Barreto MC. Tecnologias digitais na educação: uma análise das políticas públicas brasileiras. *EFT.* 2012; 5(1): 47-61. Disponível em: <http://eft.educom.pt>. Acesso em: 02 jan. 2019.
11. TIC Kids Online Brasil: pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil 2016. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2017. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_KIDS_ONLINE_2016_LivroEletronico.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.
12. Stinghen RS. Tecnologias na educação: dificuldades encontradas para utilizá-la no ambiente escolar. (Monografia de Especialização). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169794/TCC_Stinghen.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.
13. Valli GP, Cogo ALP. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3): 31-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 02 jan. 2019.
14. Ciannella D, Palácio MA, Giannella T, Struchiner M. A Integração das TDIC no Contexto Escolar: Utilização da Ferramenta de Internet Diário do Corpo para Discutir o Tema Saúde/Estado Nutricional de Forma Transversal ao Currículo. Anais do XIX Workshop de Informática na Escola (WIE 2013). Campinas: Sociedade Brasileira de Computação; 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299667492_A_Integracao_das_TDIC_no_Contexto_Escolar_Utilizacao_da_Ferramenta_de_Internet_Diario_do_Corpo_para_Discutir_o_Tema_SaudeEstado_Nutricional_de_Forma_Transversal_ao_Curriculo. Acesso em: 02 jan. 2019.
15. Damiani MF, Rochefort RS, Castro RF, Dariz MR, Pinheiro SS. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. *Cadernos de Educação.* 2013; 45: 57-67. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/3822/3074>. Acesso em: 05 jan. 2019.
16. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?

Cad Saúde Públ. 1993; 9(3): 239-62.

17. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
18. Santos CC, Ressel LB. O adolescente no serviço de saúde. *Adolesc Saude*. 2013; 10(1): 53-55. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesauade.com/pdf/v10n1a08.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.
19. Teixeira SA. Educação e saúde: atividade educativa na Escola Augusto Gotardelo em Juiz de Fora. Em *Extensão*. 2013; 12(1): 144-9.
20. Gouvêa MS, organizador. Manual: Como fazer um Jornal. Escola em Pauta. Associação Parceiros da Educação. São Paulo: Magia de Ler; 2018. Disponível em: https://www.jornaljoca.com.br/wpcontent/uploads/2019/09/Crianças_Como_fazer_bkp.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.
21. Souza RM. Protagonismo juvenil: o discurso da juventude sem voz. *Rev Bras. Adolescência e Conflitualidade*. 2009; 1(1): 1-28. Disponível em: <https://observatoriodoensinomedio.ufpr.br/wpcontent/uploads/2014/02/Protagonismo-juvenil-o-discurso-da-juventude-sem-voz.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.
22. Fontana FF, Cordenonsi AZ. TDIC como mediadora do processo de ensino- aprendizagem da arquivologia. *Ágora*. 2015; 25(51): 101-31.
23. Vieira SS, Abranches SP. O jornal escolar e sua importância no processo de construção de saberes discentes. *Anais do 3º Congresso Nacional de Educação; Natal: Realize; 2016*. Disponível em: <http://editorarea-lize.com.br/revistas/conedu/>. Acesso em: 12 jan. 2019.
24. Calderón AI, Gomes CF, Borges RM. Responsabilidade social da educação superior: mapeamento e tendências temáticas da produção científica brasileira (1990-2011). *Rev Bras Educ*. 2016; 21(66): 653- 79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782016216634>. Acesso em: 12 jan. 2019.
25. Silva MAI, Mello DF, Carlos DM. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. *Rev Eletr Enferm*. 2010; 12(2): 287-93. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5301>. Acesso em: 11 nov. 2018.

RESIDÊNCIA, SUBJETIVIDADE E GESTÃO EM SAÚDE – ENTRE A PARTICIPAÇÃO, A PRODUÇÃO E A CRIATIVIDADE

Sofia Sayuri Yoneta*
Lilian Miranda**

Introdução

Este é um ensaio reflexivo escrito em primeira pessoa, baseado na minha vivência como residente em Gestão da Atenção Básica, oferecida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e conhecida como R3. As experiências foram pensadas e elaboradas com o apoio da orientadora do trabalho de conclusão de curso (TCC), segunda autora do texto.

A marcante presença de diversas expressões do adoecimento (inter) subjetivo dos trabalhadores nos campos de prática, que também absorvia as residentes que conviviam cotidianamente com os atores desses contextos, motivaram esta escrita. Portanto, é a partir do *locus* peculiar da residência que conecto essa vivência com as pesquisas sobre a gestão e a subjetividade, com o objetivo principal de caracterizar as principais fontes de sofrimento de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Com tal sistematização, espero ressaltar a relevância do reconhecimento da subjetividade humana como dimensão essencial à análise do cotidiano. Conseqüentemente, espero contribuir também com a compreensão e superação de desafios da gestão em saúde e do avanço do SUS.

Ao longo de um ano acompanhando vivências de gestores nos âmbitos municipal, estadual e federal, destacaram-se para mim os desafios que dizem

* Especialização em Gestão da Atenção Básica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sofiayoneta@gmail.com

** Doutora em Saúde, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). São Paulo (SP), Brasil. lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

respeito ao complexo adoecimento de seus atores, à falta de participação ampla a partir da prática focada na produtividade, e à hiper-racionalização da gestão, todos reflexos representativos da sociedade hipermoderna atual¹⁴.

Ao longo deste ensaio, também conto com algumas noções-chave sobre o gerencialismo, criatividade, macro e a micropolítica, entre outras, que me ajudaram a elaborar as situações vividas, embora não seja o objetivo aprofundar cada uma delas ^{1,8-10,12,14,20,21,26}.

Por assumir as reflexões que aqui serão desenvolvidas como o resultado de um espaço de criação e compartilhamento de modos de compreensão dos efeitos do trabalho sobre a subjetividade e saúde dos trabalhadores, e vice-versa, contextualizei a proposta político-pedagógica e os três campos de prática do R3 da ENSP/FIOCRUZ. É em função da singularidade dessa formação pública no país, que a descrição das características chave desse projeto de fazer e pensar o SUS contribui com o relato sobre o vivido.

No cotidiano da residência, entre a formação acadêmica e a prática (“um pé dentro, um pé fora”), diariamente certificava a necessidade de a formação em saúde compreender a gestão como um campo que vai além das questões financeiras, materiais e tecnológicas, embora esses conhecimentos fossem essenciais à prática¹¹. Era evidente a importância de envolver as questões humanas de maneira integrativa para pensar uma sociedade, reconhecendo seus trabalhadores como participantes de sua construção. E, nesta condição, também necessitados e merecedores de promoção da segurança e da salubridade, ambas imprescindíveis para se gerir e promover saúde à população. É favorável, para isso, promover uma colaboração entre os conhecimentos da gestão com o saber sobre a subjetividade, geralmente concentrado no âmbito acadêmico.

Sem a pretensão de generalizar aprendizagens advindas dessa experiência, este ensaio tem como objetivos específicos apresentar as principais manifestações e fontes de sofrimento observados durante a formação em serviço e, a partir disso, sugerir boas práticas que contribuam tanto na defesa, como na implementação de ações de promoção da saúde voltadas à própria

gestão em saúde. Assim, espero cooperar com o aumento da qualidade das vivências e dos resultados almejados no SUS e no fazer sociedade.

Desejo, assim como Feuerwerker, que este texto ajude a seguirmos além do biopoder – o poder que torna a vida o objeto de sua regulação sob a lógica econômica¹³ – e nos integrarmos com a potência da vida e sua dimensão criativa¹¹.

Metodologia

Conforme assinalado anteriormente, este ensaio reflexivo se baseou na minha experiência e no referencial teórico aprofundado durante a residência. O relato de experiência foi feito no trabalho de conclusão do curso (TCC) intitulado *Gestão como espelho – como estamos nos sentindo?*, apresentado e aprovado no primeiro semestre de 2018. Esse relato foi feito a partir do método da narrativa de vida, na medida em que ele permite “[...] passar do particular para o geral, buscando, através do campo, identificar relações sociais, processos e lógicas de ação presentes em contextos similares”². Assume-se, então, que não há oposição entre história real e história contada, considerando que o fato social só pode ser apreendido a partir do indivíduo, fruto tanto da sua história social como (inter)subjativa, e do seu vivido, pois a história de vida conta também a história de vida em sociedade².

No presente texto, me apoiando no relato desenvolvido no TCC, proponho reflexões sobre as fontes de sofrimento na gestão e aponto algumas sugestões de prevenção do adoecimento dos trabalhadores e promoção da saúde, e da presença de fontes de energia e sentidos. Para tanto, lanço mão de alguns conceitos, como o de inconsciente, que abordo segundo a perspectiva junguiana e de Nise da Silveira, a qual localiza o inconsciente como parte do sistema autorregulador da psique, formado por experiências singulares, social e culturalmente atravessadas, em constante interação com a consciência, mas que não é totalmente apreendido por ela^{6,16}.

Para comentar esses desafios, trabalharei com um conceito de subjetividade que integra o social e o individual, assumindo sua interdependência em uma perspectiva histórico-cultural. O (inter)subjetivo é, nessa abordagem,

uma unidade ou relação simbólico-emocional que organiza a experiência social e individual¹⁵. Com base na perspectiva psicossociológica, considere a subjetividade como inseparável da configuração subjetiva de quem vive, e parte intrínseca dos diálogos da gestão e da formação em saúde, em função da evidente necessidade de capacitação profissional e pessoal, para contrapor o cotidiano hiper-racional das instituições, centradas em paradigmas majoritariamente biomédicos e mecânicos sobre a saúde e a vida¹⁴.

Na apresentação das noções de macro e micropolítica, me apoiarei na conceituação de Feuerwerker¹¹ sobre molar e molecular. O molar representa as linhas segmentares duras do instituído, que operam os enunciados dominantes e a ordem estabelecida de uma sociedade em lógicas binárias. Já as linhas moleculares são linhas segmentares flexíveis, que vão além das grandes oposições molares, sendo medidas muito mais em fluxo e intensidades. São nessas linhas moleculares que ocorrem a criação de territórios existenciais e os processos de subjetivação. Estas duas linhas coexistem e se transformam com outro grupo, produzindo as linhas de fuga. Estas correspondem ao plano das instituintes, da invenção, capaz de transformar e fabricar todos os movimentos de re-territorialização. Os três grupos estão em permanente interação e são indissociáveis, “criando uma complexa relação entre elas na produção dos seres, pessoas, grupos e sociedade”¹¹.

Esta abordagem escolhida permitiu a exploração dos sentidos possíveis e próprios da experiência de residente nos caminhos da gestão, reconhecendo as diversas dimensões do fenômeno organizacional, principalmente o (inter) subjetivo, e sua complexidade. Este método também envolve compreender a organização como um sistema vivo, um sistema cultural, simbólico e imaginário, exigindo a consideração do papel do ser humano, dos processos grupais, seu sistema de normas e valores, e da construção do imaginário social, mais ou menos interiorizado por seus membros. Assim, organização e trabalho são concebidos como fontes de sentidos para o indivíduo, sentidos produzidos não apenas a partir de sua relação singular com a realidade, mas por meio da dinâmica psicossocial (da qual depende a relação singular também), viva de amor/afeto e violência/morte²⁶.

Breve descrição da organização do campo de prática do R3

O Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica da ENSP/FIOCRUZ é ofertado desde 2009, decorrente da parceria entre a Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ, com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e o Núcleo do Estado do Rio de Janeiro do Ministério da Saúde, sendo o único curso de formação para gestão na Atenção Básica nesses moldes no país. Este curso se destina exclusivamente para os egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP, existente desde 2005²⁹.

Apesar de formalmente ser um curso de especialização, a comunidade do curso a nomeia como residência, pois está estruturada para oportunizar a vivência na gestão tripartite da Atenção Básica, em regime de formação em serviço (que representa 85% do curso) em cada um dos níveis municipal, estadual e federal²⁹. Essa imersão, na prática, foi acompanhada de discussão teórica e política em aulas, supervisões e preceptorias, e elaboração de um portfólio reflexivo e livre. Tal como explicarei nos próximos tópicos, essas diferentes modalidades pedagógicas foram “espaços transicionais”²¹ importantes, que permitiram uma aproximação com a complexidade e os desafios da gestão do SUS em um país com dimensões continentais.

Fui parte do grupo multiprofissional de oito mulheres residentes do ano de 2017. Abaixo, descrevo as principais atribuições e experiências com alguns desafios da gestão na prática do serviço em cada um dos níveis.

Superintendência de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro

O primeiro campo de prática se iniciou no final de abril de 2017 na Superintendência de Atenção Básica (SAB) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Nela, nos integramos às Equipes de Apoio Regional por quatro meses. As principais atividades desenvolvidas pelas residentes foram:

- realizar o apoio técnico aos municípios de maneira remota ou localmente, análise de propostas e projetos municipais, além de

oficinas, webseminários, grupos de trabalho;

- acompanhar reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- participar de espaços de preceptoria coletiva;
- ser “sombra” da superintendente de Atenção Básica por uma semana, acompanhando boa parte da agenda da gestora e suas atribuições de coordenação mais centrais naquele nível.

Vale ressaltar que, neste período, todas as residentes foram acolhidas por preceptores da equipe da SAB e atuaram com profissionais da gestão de diversos tipos de vínculo empregatício, vivenciando a calamidade pública da administração financeira do estado do Rio de Janeiro, decretada desde 2016 para a manutenção dos Jogos Olímpicos no Rio⁴. Tal cenário fragilizava toda a instituição pública de saúde e a regulação regional, desde a execução dos planos políticos de saúde até o (des)compromisso com os salários dos gestores, alguns com três meses de atraso.

Superintendência de Atenção Primária da SMS-RJ

Em seguida, a partir de setembro, por três meses, ficamos inseridas nos trabalhos da Superintendência de Atenção Primária (SAP) da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da SMS-RJ, passando parte do período no que chamávamos de nível central, na sede da Prefeitura do Rio de Janeiro. A outra parte do trimestre passamos na Coordenadoria de Saúde de uma das dez áreas de planejamento da cidade (CAP).

As principais atividades que desenvolvi nesse campo foram:

- organização do Guia Rápido de Saúde Mental na Infância;
- reuniões de colegiado da SAP, com as coordenações técnicas e das CAPs.

Pude acompanhar a assessora técnica do superintendente, ser “sombra” da assessora da SUBPAV, acompanhar agendas pontuais do coordenador da CAP e da gerente de uma Clínica da Família do território, e de interagir com residentes de diferentes programas.

Durante todo esse tempo na esfera municipal, foi possível vivenciar tanto a potência e complexidade de uma secretaria de saúde de uma metrópole, como também as mudanças na agenda e no processo de trabalho, ocasionadas pela mudança político-partidária no gabinete da prefeitura. Também pudemos observar a constante negociação interna e externa para manutenção do orçamento para a saúde e, principalmente, para a Atenção Primária, concomitantemente ao atraso dos salários e demissões de profissionais, além de falta de medicamentos na rede e de transporte sanitário.

Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Em seguida, a partir do meio de janeiro de 2018 e com duração de dois meses, ocorreu o último campo de prática da residência, em Brasília, no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Participei da equipe da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), responsável pela gestão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). Na CNPICS pude acompanhar e participar de algumas atividades:

- elaboração de informes, publicações e portarias;
- construção do I Congresso Internacional de PICS, atividade central da coordenação que acompanharia a ampliação do número de práticas reconhecidas pela PNPIC.

Além disso, como as demais residentes, pude acompanhar a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Encontro Estadual de Atenção Básica, a reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os espaços de preceptoria ampliada.

Durante o período nesta esfera, frequentando a Esplanada dos Ministérios, em frente ao Congresso Nacional, os fatos políticos nacionais pareciam mais próximos e intensos, para se ver e sentir, mas, contraditoriamente, eu sentia a mesma distância de sempre entre os fatos e as possibilidades de agir.

Alegria e sofrimento inerente – entre o veneno e o antídoto

Enriquez⁹ cita Kant ao dizer que o conflito é natural à existência humana, caso contrário seríamos apenas carneiros balindo, sem discordar. Por isso, quando tomo o sofrimento como objeto de preocupação, não se trata de defender um trabalho indolor, tarefa impossível, pois o sofrimento, assim como a alegria, é constitutivo da condição humana. No entanto, predomina no mundo do trabalho contemporâneo uma violência em excesso, radical e normalizada, que não visa suprimir apenas o indivíduo, mas todo o sentido na vida, pois degrada as relações sociais em nome do lucro⁹.

Enriquez⁹ enfatiza que apesar do ser humano ser tratado como o centro do mundo, ao mesmo tempo, é pouco ou nada reconhecido em suas dimensões afetivas e sociais. Além disso, a despeito dos avanços da ciência e tecnologia, com benefícios para a produção e o bem-estar cotidiano, degrada-se em grande escala o meio ambiente. Mesmo aqueles valores historicamente utilizados pelo capitalismo, como o mérito, o trabalho, a honra, o prestígio, a honestidade, a integridade, a responsabilidade, o cuidado no trabalho, o respeito aos outros, foram submetidos a um único valor: o dinheiro, fomentando o comportamento perverso pela possibilidade de corrupção generalizada⁹.

A sociedade atual, ao tratar todas as organizações, tanto privadas como públicas, como empresas com interesses próprios de seus dirigentes ou acionistas, negligencia a defesa dos interesses públicos e sociais. Para isso, a ideia de que a empresa é fruto da sociedade para o avanço do bem social é invertida pela concepção de que a sociedade é que deve obedecer aos interesses empresariais, deturpando valores relacionados à ética e ao direito social⁸.

Nesse contexto, a defesa do avanço do SUS não está relacionada apenas às questões financeiras, materiais, político-partidárias ou tecnológicas, como comumente é enunciado. Embora também sejam elementos essenciais, precisamos reconhecer a insuficiência da racionalidade sistêmica estratégica das teorias de planejamento e gestão frente às raízes dos problemas sociais que se propõe a enfrentar no âmbito neoliberal²⁶.

O percurso de leituras e vivências do R3 abriu-me a possibilidade de confrontar os incômodos em relação ao contraste entre a admiração com a complexidade e estrutura do campo da gestão em saúde e a evidente insuficiência das abordagens prescritivas-normativas, ancoradas apenas na razão e na consciência, das análises estruturalistas e totalizantes, das formas hegemônicas de conceber saúde/doença/cuidado e das “[...] dicotomias do tipo individual/coletivo, afetivo/racional, qualitativo/quantitativo [...]”¹². Permitindo-me, então, reconhecer a necessidade de um olhar mais integrativo sobre a realidade, assumindo a (inter)subjetividade e a complexidade humana, bem como seus comportamentos e limitações.

Esse reconhecimento foi essencial para que eu pudesse compreender e tolerar as principais manifestações e fontes de sofrimento na gestão que pude vivenciar, tal como apresento a seguir. Considero esse exercício narrativo importante para identificar, tratar e prevenir essa dose excessiva de violência à qual os gestores também estão expostos.

Principais manifestações e fontes de sofrimento

Nas três esferas de gestão, as principais manifestações de sofrimento observadas incluíram estresse físico e mental, depressão, ansiedade, hiperatividade, relatos de dores difusas e adoecimento tanto físico quanto (inter) subjetivo. Além disso, de maneira transversal, percebeu-se uma falta de confiança em si mesmo, nos propósitos do trabalho e na organização como um todo.

Como consequência desses quadros de sofrimento e adoecimento, aumentavam os números de faltas, atrasos, atestados, junto com as estratégias de manejo ou fuga, entre as quais me chamava atenção a tentativa de sustentar a “normalidade sofrente”. Trata-se de uma estratégia de defesa do trabalhador frente ao não reconhecimento de seu adoecimento e à necessidade de tolerar o sofrimento sem enlouquecer.

Uma normalidade que, ao contrário de significar a ausência de sofrimento, é resultado da luta individual e coletiva contra o sofrimento no trabalho. Tal estratégia tem um caráter paradoxal, pois, ao mesmo

tempo que protege a saúde mental e ajuda o trabalhador a se esquivar do adoecimento, pode apartá-lo da realidade pela construção de mecanismos de endurecimento e desumanização¹².

No dia a dia do serviço, geralmente nos cargos de liderança, os gestores sustentavam o apelidado *fake* da gestão, assumindo uma postura quase que integral de motivação para o público: a valorização da ação, a exemplaridade das atitudes, a adesão aos ideais de gerenciamento, a mobilização permanente para responder às exigências de todos os lados, o gosto pelo desempenho, o sucesso, a complexidade e a capacidade de viver em um mundo paradoxal. Quando tive a oportunidade de ser “sombra” das lideranças, testemunhei um pouco do sofrimento invisível, e às vezes solitário, quando se permitiam expressar suas queixas, os mal-estares, a tristeza, o choro reprimido de um cotidiano que parecia um sem-fim de dificuldades, tendo que mascarar isso nas reuniões ou atividades externas.

Mas a manifestação que foi marcante para mim em todas as esferas foi aquela mais sutil: o sofrimento ético-político, aquele sensível à presença de desigualdade social, de injustiça e de exploração na sociedade, velhos e dramáticos problemas por trás da aparência de integração social. Esta manifestação de sofrimento é transversal às manifestações anteriores e às fontes de sofrimento que apontarei a seguir, retratando a violência cotidiana e dominante da negação à maioria de apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, movimentar-se no espaço público e expressar seu desejo e afeto²⁸.

Nesse período, durante o governo de Michel Temer, que sucedeu o golpe político-parlamentar que destituiu a primeira presidente mulher eleita, Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores [PT]), foi proposta uma significativa mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sem estudo técnico prévio e sem consulta (foi aprovada na CIT antes do encerramento da consulta pública). Essas situações demonstravam como as negociações políticas afetavam a população, mas passavam longe das reais demandas da sociedade. Eram situações que tornavam a gestão desconfortável, fonte de forte desconfiança sobre os objetivos e os usos do trabalho realizado.

Aos funcionários do DAB, cabia executar e garantir a operacionalização da nova política, sem, no entanto, ter a oportunidade para questionar ou propor de maneira relevante. Esse desconforto se agravava em situações como o ato do CNS na ENSP, convocado extraordinariamente fora de Brasília. Os representantes do DAB, embora pessoalmente contrários às mudanças da PNAB, precisavam explicá-las e defendê-las em função do lugar institucional que ocupavam. Consequentemente, eram vistos pela plateia, que se manifestava hegemonicamente contrária às mudanças, como cúmplices de um ato de desmonte do SUS. Sofrendo pressões por ambos os lados, esses atores ficavam suscetíveis à paranoia, com medo das pressões internas e do atrito com os atores dos movimentos sociais.

Todas essas manifestações do sofrimento se revelavam menos individuais e pontuais e cada vez mais coletivas e generalizadas, conforme a relação com as fontes de sofrimento pareciam ficar mais nítidas. Mesmo que houvesse a natural variabilidade das pessoas e suas circunstâncias pessoais e diferenças entre os contextos em cada nível da gestão, foi possível observar algumas raízes comuns, que apresentarei a seguir.

Para tanto, parto da premissa de que há uma constante interação molar e molecular entre a macropolítica e a micropolítica, planos de forças simultâneos que não se submetem nem se igualam um ao outro, com a possibilidade de, assim como a música, entrar em ressonância. A macropolítica, força molar, opera a partir de uma segmentaridade dura e totalizante do campo social, que busca teleguiar e influir sobre a micropolítica. A micropolítica, força molecular, opera na multiplicidade, uma segmentaridade flexível e fina, campo das micropercepções e dos afetos inconscientes, que não são capturáveis nem generalizáveis, que se distribuem e operam de outro modo¹¹.

Aqui, com a certeza de que há ainda outros elementos, foram caracterizadas cinco macrofontes de sofrimento, que também têm forte interrelação e interdependência entre si:

- I. **A violência excessiva do século XXI.** Se a dose é o que separa o antídoto do veneno, a sociedade atual está, literalmente, tóxica para o organismo ambiental, social e individual, colocando

a sociedade frente ao tão previsto ponto de mutação entre a regeneração ou degradação humana, e suas respectivas escolhas e consequências³⁰. Como seria a equação de uma panela de (o) pressões, o cotidiano manifestava cargas excessivas de violência em múltiplas dimensões da vida. O assassinato da vereadora Marielle Franco (Partido Socialismo e Liberdade [PSOL]), até o momento não da redação desse trabalho não estava resolvido, levanta sérias questões sobre a segurança e justiça no Brasil⁷, pois foi um dos fatos nacionais que demonstraram a fragilidade da democracia real, a perversidade da guerra financeira e social e os reflexos sobre mulheres, negros e os direitos sociais. Outros exemplos cotidianos puderam ser observados entre os trabalhadores da saúde do estado e da cidade do Rio de Janeiro, submetidos a diversas instabilidades na garantia de direitos trabalhistas.

- II. **O gerencialismo como tecnologia entre capital e trabalho**, propõe colocar o mundo a adaptar-se às exigências da economia financeira, não o contrário. Na aplicação de seus dispositivos organizacionais são produzidas prescrições, normalizações, objetivação, instrumentalização e dependência por uma autonomia controlada e um controle não mais do corpo, mas também das relações do (inter) subjetivas daqueles que conseguem sobreviver aos seus paradoxos¹⁴. O âmbito estadual foi o cenário onde percebi o sofrimento derivado dessa racionalidade de forma mais aguda e marcadamente coletiva. Ficaram nítidas as consequências da macrofonte representada pelo gerencialismo e suas interações com microfontes de sofrimento, como (A) os vínculos empregatícios precários e sobrecarga de funções, (B) recurso humano equiparado ao recurso material, sempre vulnerável ao descarte, alienado de seu poder de transformação e capacidade de dar ritmo e sentido ao que se cria.
- III. **A baixa estabilidade política**, interligada diretamente à violência excessiva, revela o papel determinante da política internacional,

nacional, regional e local, pois afeta diretamente as possibilidades de execução de políticas públicas e os resultados de médio e longo prazo, que são geralmente os mais importantes. Durante a residência, vivenciamos a gestão em um governo estadual em calamidade pública e a atuação de um governo golpista na esfera nacional. No nível municipal, por exemplo, vimos como modelos de ampliação da Atenção Primária, baseado em parcerias público-privadas, desmoronam em trocas de governo, pois são programadas como um plantio em estufa: rápido crescimento, vida curta e colheita para um governo específico, sem cuidado com as gerações futuras.

- IV. **Opressões, capacitismo e baixa representação e representatividade étnica, racial, de gênero, de classe, de categorias profissionais.** As paredes dos gabinetes da gestão mostram o histórico do setor público gerido por um grupo exclusivo e excludente: homens brancos e heteronormativos. Na gestão em saúde, principalmente médicos. Acredito que o registro simbólico daqueles gestores tão homogêneos entre si poderia também ser considerado sintoma do adoecimento institucional, que ignora as opressões enquanto as reproduz. Ao ver que a maioria dos trabalhadores da gestão em saúde eram mulheres, mas não ver a representação delas nos gabinetes, muito menos de negros, pessoas com deficiência, de alguém declaradamente trans ou homossexual, percebia que a gestão também preservava muitas barreiras de acesso e permanência.
- V. **Monocultura do saber em saúde.** Se a promoção da saúde faz parte das estratégias de uma Atenção Primária sustentável, seria natural considerar outras racionalidades em saúde que têm a vitalidade como paradigma central (medicinas africana, indígena, ayurvédica, chinesa, antroposófica, entre outras), pois uma medicina (auto) centrada na doença, no indivíduo e na prevenção não construiu

essa expertise, apesar de suas contribuições inegavelmente importantes^{18,32}. Na prática do serviço, sentia urgência de uma visão ampliada de saúde ao evidenciar que a doença não se manifestava apenas no corpo, mas nas relações familiares, sociais e com o meio ambiente¹⁹, demonstrando diariamente realidades muito diferentes e mais complexas do que a teoria centrada no indivíduo e na doença. Na gestão da PNPIC, pude reconhecer diversas racionalidades médicas complexas e uma ecologia de saberes²⁷ em saúde com as PICS, as quais são promotoras da saúde pela ênfase na educação emancipadora, e que considera os aspectos histórico-culturais, a vitalidade além da doença e a oportunidade de criação de projetos e ações políticos institucionais intersetoriais (educativas, sociais e econômicas), ainda raros ao SUS³². Por exemplo, a implantação das PICS no SUS promove diversas atividades em grupo (yoga, tai chi chuan, meditação, etc.), com potencial intergeracional, de promoção da autonomia do cuidado, com qualidade para contribuir no uso racional de medicamentos e do serviço em saúde, complementando e integrando o cuidado, permitindo ver o sujeito como um todo. Mas a formação em saúde da medicina contemporânea, ao isolar-se de outros conhecimentos de saúde da humanidade em sua enganosa autossuficiência, ainda é carente de vocabulário e de vivência prática sobre agir e pensar em saúde fora da dominância biomédica e gerencialista, reproduzindo um cotidiano repetitivo, previsível e automático de normas e convenções que levam às mesmas soluções (foco em estruturas complexas e rígidas de organização, medicalização e procedimentos de alto custo), colhendo, geralmente, o aprofundamento adocedor de sua crise mesmo sob um discurso inovador¹⁷. Enquanto isso, as possibilidades de diálogo com outros saberes crescem no século XXI, visto que muitas práticas já passaram pelo crivo do cientificismo e demonstram a contribuição à promoção da saúde pública^{23,25,32}.

Já as principais quatro microfones de sofrimento observadas, tanto pela intensidade, como pelo impacto e frequência, foram:

- A. **A baixa estabilidade profissional e consequente sobrecarga de funções.** Convivemos com equipes com vínculos precários e diversos (cargo comissionado, concurso, contrato, bolsas ou empresa terceirizada), o que muitas vezes gerava uma desproporção programada entre as atribuições, as demandas e as condições do serviço. Por exemplo, no nível estadual de gestão, testemunhamos alguns colegas comissionados terem três meses de salário atrasados ou parcelados, enquanto os demais, inclusive residentes, recebiam normalmente. Apesar de alguns ajustes na agenda, com redução de carga horária, mantinham o serviço e as tarefas, arcando com custos de alimentação e transporte.
- B. **O impedimento de realizar o bom serviço** gerado pela ausência ou a distribuição injusta de recursos, a sobrecarga por redução de profissionais, a insatisfação com os resultados e efeitos do trabalho dentro desse contexto, a necessidade de sustentar o imaginário do SUS e justiça social, mesmo sob condições injustas. Quando as condições para o serviço eram rígidas em prazos, protocolos e normas, havia pouco espaço para a criação, conduzindo ao conformismo e negação da autonomia dos sujeitos, esvaziando os sentidos do fazer. Quando as condições eram inexistentes, a criatividade era exigida, mas sem a disponibilidade do tempo, do material e do preparo necessários. Um “criar” da lógica de consumo, que consumia os sujeitos. Trata-se do incentivo a uma criatividade bastante diferente daquela proposta pela perspectiva winnicottiana, intimamente relacionada à espontaneidade e à oportunidade de um sentimento de integração, pertencimento e autoria na relação com o meio em que se vive ²¹.
- C. **Ausência de espaços transicionais.** Espaço transicional seria um “lugar e tempo” compartilhados, que proporciona a circulação da

fala e a autorreflexão entre os profissionais, aumentando o grau de análise das práticas na medida em que facilita o contato com as dimensões afetiva, (inter)subjetivas, imaginárias e simbólicas inerentes ao trabalho em saúde²⁴. Um espaço que possibilita o trânsito contínuo entre as dimensões singulares e coletivas, em que as questões e sentimentos vivenciados no trabalho podem ser analisados e não recalçados. Este importante dispositivo de acolhimento e tratamento das representações de conflitualidade (inter)subjetiva e institucional, permite viver e representar a experiência contraditória²¹. Com exceção dos espaços transicionais dedicados aos residentes, como as preceptorias, supervisões e o portfólio acompanhado pelos coordenadores, não existia um espaço transicional protegido nos campos de prática, junto aos profissionais. Consequentemente, os profissionais que não tinham esses espaços o criavam de maneira espontânea nos corredores, no local do café, no humor, qualquer oportunidade que facilitasse a expressão dos conflitos internos das equipes. No entanto, frente à força das fontes de sofrimento, muitas vezes víamos esses espaços colaborando, em grande medida, com a manutenção de uma normalidade sofrente.

- D. **A ausência de uma dinâmica do reconhecimento**, da retribuição simbólica da execução prevista do trabalho, ou dedicada e inventiva, prejudica a transformação do sofrimento em prazer, pois “[...] é diante do reconhecimento que as angústias, dúvidas, esforços e investimentos ganham legitimidade e sentido”¹². Quando o que ocorre é o não reconhecimento, o trabalho torna-se também fonte de sofrimento e de perda da confiança do trabalhador em si e na organização, onde atualmente se projeta todo o sentido de existir^{14,21}. No nível estadual, enquanto fui “sombra” da superintendente, testemunhei uma mulher na liderança da gestão, capaz e dedicada, mas estrangulada pela gestão e a crise econômica;

com especialização, no entanto, com vínculo precário de bolsa; que estudava e trabalhava muito, em um cargo de alta exigência, mas com seu salário atrasado e trabalhando com uma equipe da qual não podia cobrar muito, porque estavam sem salário também. Já no nível nacional, a interferência na PNAB de forma brusca e acelerada desconsiderava anos de dedicação de profissionais de todo um departamento que se organizou para sua execução funcionar, mas não foram sequer tecnicamente considerados.

Contudo, lembrando que o sentido não está depositado ou definido a priori, por uma norma ou regulamento, mas precisa ser construído e reconstruído no cotidiano e com as outras pessoas, reúno a seguir algumas sugestões de boas práticas frente ao adoecimento programado.

Algumas sugestões derivadas do percurso na residência

O reconhecimento da dimensão subjetiva de forma explícita e sistematizada pela academia contribuiu à atuação e formação na gestão, ratificando a importância da colaboração mútua entre a gestão e a pesquisa.

Os estudos sobre a subjetividade e a gestão são amplos e disponíveis para a reflexão sobre o processo de construção da saúde, o que permite muitos ganhos de saúde em todo o sistema por estimular a inclusão de estratégias orientadas aos atores responsáveis por sua força e sustentação. No entanto, o que parece uma equação muito simples, encontra na história o oposto: a tentativa de produzir saúde com o sacrifício da própria saúde, ficando suscetível à escassez, à insustentabilidade, à produção de iatrogenia, à reprodução sem sentido, ao próprio adoecimento, pois a população foi colocada a serviço das empresas.

Este artigo apresentou as principais manifestações, as cinco macrofontes e as quatro microfontes de sofrimento. Com base no exposto, proponho algumas práticas para promoção da saúde e prevenção do adoecimento (inter) subjetivo na gestão:

- 1. Reconhecer a subjetividade como dimensão fundamental à formação em saúde.** Sobonfu Somé traduz ao Ocidente que o espírito representa a força vital de cada ser, que permite realizar nosso propósito, que nos ajuda a nos unir e ir para além dos parâmetros hiper-rationais e limitados, que pelo excesso da razão se tornaram ilógicos e adoecedores^{14,31}. A cosmovisão biomédica é a única, dentre todas as demais medicinas complexas, que excluiu esse elemento de forma cortante a partir do século XVI¹⁸ e foi necessário séculos de experiência e convencimento para ver um dos resultados dessa contribuição: pessoas com dificuldade de se diferenciarem de máquinas e reconhecerem sua própria humanidade de forma profunda, autônoma e apropriada por si. Na expectativa de serem valorizadas e poderem pertencer a essa sociedade, gerações de cidadãos foram e são submetidos a uma compreensão instrumental de sujeito, de objeto. Frente ao não reconhecimento de aspectos da humanidade que, apesar de óbvios em alguns lugares ou tempos, aqui e agora é necessário reconectar de maneira sistêmica. Sendo assim, é importante que essa matéria seja incorporada às estruturas de construção do saber, constituindo-se como parte basilar de projetos político-pedagógicos voltados à saúde, qualificando, assim, a formação e o debate nos campos de atuação profissional. No próprio R3, por exemplo, entendo que seria promissor aumentar a participação de pesquisadores que são referências deste campo de pesquisa, fazem parte da instituição e podem aportar substancialmente a uma atuação criativa na construção do SUS.
- 2. Viabilizar a participação, além da organização,** tornando as instituições mais porosas à diferença^{10,21}. A democracia é um importante imaginário motor individual e coletivo, capaz de nutrir os sujeitos pelo forte senso de pertencimento que é capaz de gerar. No entanto, a lógica de trabalho atual, apesar de se apoiar no discurso de valorização do potencial inovador, democrático e

humano nas instituições, na prática reduz a participação para dar toda a ênfase na execução, além de incentivar a competição e os prazos acelerados¹⁴. Para um projeto de um futuro comum, como o SUS de qualidade, gratuito e universal, é necessário (re)sonhá-lo, (re)projetá-lo e (re)elaborar seus conflitos de alguma forma, envolvendo a participação de diversos atores internos e externos à gestão para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas, valorizando outras contribuições e perspectivas, convidando os envolvidos ao exercício criativo e da espontaneidade para não apenas se submeter ou se conformar²¹.

- 3. Oportunizar espaços transicionais**, que promovam a democracia e a participação criativa promotora da saúde, em que ocorra o trânsito contínuo entre as dimensões singulares e coletivas, em que as questões e sentimentos vivenciados no trabalho permaneçam vivas, podendo ser analisadas e não recalçadas. Para isso, são fundamentais a reserva de tempo e local estratégicos e protegidos, assim como a dedicação constante para criação de dispositivos que facilitem, estimulem e sustentem esse espaço, pois o trabalho criativo não ocorre de forma espontânea, sobretudo quando as pessoas estão submetidas a intensas fontes de sofrimento ²¹. O benefício esperado é, a partir do reconhecimento das vulnerabilidades do ser, da sua prática e do seu conhecimento, promover fontes de energia e sentido na estrutura organizacional, como foram os espaços de preceptoria e supervisão da residência. Considero a construção compartilhada de sentidos como uma experiência de integração do sujeito, como geração de esperança e de criatividade, algo que evidentemente é tão valioso em tempos de paralisia, que possibilita a ligação entre os sujeitos e seus investimentos afetivos, simbólicos e imaginários uns nos outros. Trata-se de um processo que não está depositado em atores ou organizações, mas em motivação operatórias para o exercício do pensamento e do ato¹².

4. Promover a ecologia de saberes em saúde. No Ocidente, o reconhecimento e incorporação de outras racionalidades médicas e práticas de saúde são defendidos desde a Revolução Cultural na década de 1960¹⁷ e a 8ª Conferência de Saúde em 1986 no Brasil⁵, sendo uma estratégia global da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2002²² e oficializado no Brasil por meio da atuação de movimentos sociais e a gestão da PNPIC em 2006³. Em 2019, após 40 anos da Conferência de Alma-Ata, o relatório de avaliação da OMS recomenda, entre as dez estratégias, a adoção de modelos de cuidado centrados na população e no indivíduo, com capacidade de reconhecer a diversidade humana, o interculturalismo e a etnicidade²⁵. A defesa de uma ecologia de saberes em saúde é atual, evidente e importante para integrar o valioso conhecimento sobre as doenças com as bases da vitalidade humana, permitindo que todas as medicinas tenham a possibilidade cultural, científica, política e industrial de se desenvolverem de maneira equânime, sem apropriação, e conforme os interesses da própria população e cultura em que está inserida, além de gestores, pesquisadores e profissionais da saúde. Tal mudança no eixo pedagógico das formações de saúde pode promover uma Educação em Saúde emancipatória, que equilibre os efeitos desgastados da formação convencional de tendências autoritárias, controladoras e normatizadoras do comportamento humano³².

Considerações finais

Com a certeza de que existem muitos outros elementos que contribuem para o debate proposto e à produção de saúde na gestão, desejo que este texto possa colaborar para que pelo menos parte do sofrimento seja transformado em reconhecimento, crescimento e novos modos de gestão do trabalho, que favoreça

o trabalho criativo, com vitalidade e sentidos capazes de criar ressonância entre a micropolítica e a macropolítica das transformações que queremos.

Por fim, desejo que os trabalhadores sejam os primeiros a reconhecerem e defenderem o cuidado de si como algo primordial e integrado ao cuidado do outro, uma atitude estratégica frente às forças da sociedade hipermoderna. Mas, um cuidado que considere o “si mesmo” produto e produtor de uma racionalidade social própria de construções sociohistóricas específicas, compreendendo e tratando junto ao social, tratando o sujeito ao mesmo tempo que tratando as macro e micro fontes de sofrimento. Se não temos saúde, que vitalidade teremos a oferecer ao mundo? Cuidemos uns dos outros, reconhecendo os potenciais e limitações de nosso tempo, das organizações e de nós mesmos, trabalhando juntos para promover as transformações necessárias.

Referências

1. Azevedo CS. A Sociedade Contemporânea e as Possibilidades de Construção de Projetos Coletivos e de Produção do Cuidado nos Serviços de Saúde. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
2. Azevedo CS. A Abordagem de Narrativas de Vida como um Caminho de Pesquisa em Saúde. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Secretaria da Fazenda do Estado do Rio de Janeiro. Decreto estadual n.o 45.692 de 17 de junho de 2016. Decreta estado de calamidade pública no âmbito da administração financeira do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
5. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Democracia é saúde; 1986.
6. Damiano Júnior M. Fundamentos do método de Nise da Silveira: clínica, sociedade e criatividade. SBPA. 2021; 39:91–100.
7. Agência Brasil [Internet]. Assassinato de Marielle Franco completa quatro anos nesse 14 de março de 2022; Empresa Brasil de Comunicação.
8. Enriquez E. Prefácio. In: “Recursos” Humanos e Subjetividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.
9. Enriquez E. O Homem do Século XXI: Sujeito Autônomo ou Indivíduo Descartável. Rae-

Eletrônica. 2006; 5:14.

10. Enrique E, Carreteiro TC. Reconhecimentos e Resistência nas Sociedades Contemporâneas. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
11. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
12. Fonseca MLG. O Profissional da Saúde, Sofrimento no Trabalho e Gestão. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
13. Furtado RN, Camilo JAO. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. Revista Subjetividades. 2016; 16:34–44.
14. Gaulejac V. Gestão Como Doença Social. São Paulo: Ideias e Letras; 2016.
15. González Rey F. Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. Diversitas. 2008; 4:225–243.
16. Jung CG. Psicologia do Inconsciente. Petrópolis: Vozes; 1980.
17. Luz M T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis. 1997; 7:13–43.
18. Luz MT. A arte de curar versus a ciência das doenças - História social da homeopatia no Brasil. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
19. Luz MT, Nascimento MC. A contribuição das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: uma visão ampliada sobre a Saúde, que empodera as pessoas e contraria interesses de poderosos; 2019.
20. Melo EA. Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.
21. Miranda L. Criatividade e Trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
22. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.
23. Organização Mundial da Saúde. Mapa de Evidências em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas. Geneva: Organização Mundial da Saúde. 2020.
24. Onocko Campos R. Ideologia e subjetividade: a relação recalçada. In: Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces. São Paulo: Hucitec; 2012.
25. Organização Panamericana de Saúde. Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Washington: Organização Panamericana de Saúde; 2019.
26. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e Gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

27. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estud. CEBRAP*. 2007;71–94.
28. Sawaia BB. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes; 2009.
29. Seidl HMF, Gondim R, Matta G, Gagno J. A formação em gestão da atenção básica como estratégia de fortalecimento da saúde pública: a experiência R3 ENSP-FIOCRUZ. *Revista Comemorativa Casulo*. 2011.
30. Shiva V. *Agroecology and regenerative agriculture: sustainable solutions for hunger, poverty, and climate change*. Santa Fe: Synergetic Press; 2022.
31. Somé S. *O Espírito da Intimidade. Ensinamentos ancestrais africanos sobre maneiras de se relacionar*. São Paulo: Odysseus; 2003.
32. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25:1732–1742.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO NUTRIÇÃO PARA O SUS: UM “DIÁRIO INSTITUCIONAL” DA GESTÃO INTERFEDERATIVA DA ATENÇÃO BÁSICA

Sophia Rosa Benedito*
Ricardo Burg Ceccim**
Everson Rach Vargas***

Introdução

A expansão da Atenção Básica (AB), a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciou as limitações da formação de profissionais de saúde ao longo dos cursos de graduação, acentuando a necessidade de uma formação que se prolongue das instituições de ensino às instituições de serviço e vice-versa. A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como política pública no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo a determinação legal de constituir sua rede de serviços como rede escola, nesse sentido, qualificar a formação profissional e, ao mesmo tempo, contribuir para as estratégias de integração entre ensino e serviço.

O processo de trabalho na ESF passou a demandar a educação e a atuação interprofissional, tendo em vista a complexidade de constituir serviços de atenção integral, longitudinal e resolutiva, articulando intervenção individual e coletiva, clínica e promoção da saúde, cobertura assistencial e desenvolvimento da cidadania em saúde. Todavia, a alternativa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família se converteu em caminho para o

* Especialização em Gestão da Atenção Básica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sophiarb@gmail.com

** Doutor em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC). São Paulo (SP), Brasil. burgceccim@gmail.com

*** Doutor em Psicologia, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. eversonpsi@gmail.com

desenvolvimento de um modo de trabalhar não aprendido na graduação, mas também oferecido antes de ingressar no mundo formal do trabalho. Nesse contexto, Ferreira *et al.*¹ colocam que, apesar da formação básica fragmentada em cursos e profissões configurarem um importante estrangulamento na implementação do SUS, as iniciativas de formação e qualificação profissional, no âmbito da EPS, foram passos fundamentais para enfrentar os desafios colocados para a realidade concreta dos serviços.

Construindo um zoom para tal questão, sob a ótica da gestão, ensejou-se analisar os contextos estadual e municipal da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica. Integrando o programa de ano complementar com ênfase em gestão na residência multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública, localizada no estado do Rio de Janeiro, optou-se pelo contato com este estado e, como município de referência, escolheu-se o município de Niterói, reconhecido pela implantação precoce da ESF no estado. A esfera estadual do Rio de Janeiro e a municipal de Niterói constituíram-se como campo de prática-intervenção durante o ano complementar da residência, ao mesmo tempo que campo de pesquisa-formação.

Para fazer ver uma realidade em movimentos e desafios, a proposta do “Diário Institucional”² e a estratégia da “Rede de Conversações”³ foram insumos metodológicos. O intuito do percurso em campo foi o de apreender e descrever, a partir das inquietações relacionadas às diretrizes e ações da gestão da Atenção Básica estadual e municipal, o desenrolar da política de Educação Permanente em Saúde. O entendimento foi que a formação e o desenvolvimento profissional no âmbito da EPS configuram alimento regular capaz de constituir o tecido estrutural e funcional do SUS. A alimentação regular assegura sua sustentação tecidual. Sem a pretensão de generalizar a experiência, nem buscar uma verdade, se fez ver que os desmontes verificados no SUS são fatores de sua desnutrição, sua perda tecidual, e que a Educação Permanente em Saúde, desde que valorizada e incorporada como uma função gestora, pode ser estratégia que contribua para prevenir a perda tecidual e reverter o quadro de desnutrição.

O SUS, a Atenção Básica e a Educação Permanente em Saúde: aproximações entre gestão e educação

A criação do Sistema Único de Saúde foi um avanço fundamental para melhorar a situação de saúde e o bem-estar da população brasileira, reduzindo iniquidades e desigualdades a partir de propostas e experiências de mudança na governança, organização, financiamento e modelo de atenção⁴. Contudo, ao traçar um balanço dos 30 anos desse sistema, Paim⁵ evidenciou que o subfinanciamento crônico, o avanço neoliberal e as políticas de austeridade, contribuem para as investidas de um projeto privatista, a hegemonia do modelo biomédico de atenção e a fragmentação das práticas de saúde, ameaças que colocam em xeque o pleno funcionamento do SUS.

Somada aos obstáculos estruturais e históricos do SUS, uma série de ações e reformulações de política na Atenção Básica, desde 2017, passaram a reconfigurar a direção de seus processos de apoio interfederativo, financiamento e elenco de estruturas componentes da rede de serviços, estruturas de apoio matricial e estratégias de formação e desenvolvimento das equipes. A “nova” Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, provocava alterações relevantes na composição das equipes e nas atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mudando de forma significativa a dimensão organizativa da política, permitindo que o modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde tomasse o lugar prioritário da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁶. Além disso, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, no Ministério da Saúde (Saps/MS), segundo Reis *et al.*⁷, foi parte da materialização da alteração estrutural da Atenção Básica. Nesse processo, estabeleceram-se novos marcos organizativos para a AB, em que se destaca a lógica de resultados e “eficiência” em saúde.

Como desdobramento, a incorporação da racionalidade do desempenho por resultados e eficiência programática trouxe instrumentos e ferramentas de avaliação sobre o trabalho na saúde e não com o trabalho e os trabalhadores da saúde. O pagamento por desempenho é um exemplo em

que o modo de avaliar o trabalho é atravessado por concepções oriundas do mercado, contextualizando os conceitos de eficiência e eficácia como modo de monetizar a saúde e de transformar o próprio trabalho em saúde (cuidado) em desempenho (produtos assistenciais). Além disso, a substituição do Departamento de Atenção Básica pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde traz uma renomeação como elemento novo, um movimento de contrafação da concepção até então vigente, sinalizando uma intenção de seletivizar, focalizar e delimitar o almejado direito universal de atenção integral à saúde. Da Atenção Básica (AB), base estruturante do sistema de saúde, à Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível da atenção.

Ainda no bojo dessas transformações da Política Nacional de Atenção Básica, como consequência também de uma guinada ideológica para a extrema direita promovida pelo governo Jair Bolsonaro, foi aprovada a Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019⁸, que instituiu o Programa Previne Brasil. Esse programa definiu a capitação ponderada e a avaliação por desempenho como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao Piso Fixo de Atenção Básica (PAB fixo) – que, até então, era um componente que favorecia a autonomia dos municípios, além de configurar um caráter universalizador desse âmbito do cuidado –, e o Piso Variável de Atenção Básica (PAB variável), que contribuía na indução da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção prioritário.

Massuda⁹ contribui bastante à análise ao criticar o objetivo restritivo do novo programa, que aprofunda as distorções no financiamento e direciona à focalização de ações de Atenção Primária à Saúde. Além disso, o Previne Brasil extinguiu o financiamento federal específico para as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família/Atenção Básica (NASF-AB) e descontinuou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Em resposta à crítica de Massuda, vale explicitar que Harzheim¹⁰ afirmou que a proposta do Programa Previne Brasil consistia, de fato, em um mecanismo de reforma da AB pela APS. Todos os flashes aqui descritos contribuem para delinear o que se entende por contexto de mudanças estruturais na política brasileira de AB.

No campo da Nutrição, o estado nutricional resulta da relação entre a ingestão de alimentos, as necessidades do organismo e sua capacidade de aproveitar os nutrientes dos alimentos. Esse organismo requer aporte calórico para digestão, absorção de nutrientes, manutenção dos sistemas e interação com fatores patológicos. Assim, as dificuldades e desafios enfrentados pela política de Atenção Básica (AB) podem ser vistos como formas de desnutrição do SUS. Em outras palavras, são ações, diretrizes e políticas que desinvestem e privam o SUS dos elementos essenciais para uma vida plena. Como um fenômeno de origem complexa, a desnutrição pode ser desencadeada por diferentes fatores e, de maneira geral, ocorre por uma disfunção no organismo, mas, corriqueiramente, como a apresentação clínica de uma questão social – a fome.

Para colocar em análise a situação política do SUS, imaginamos que a visibilização da situação alimentar e nutricional do SUS nos permitiria apresentar os fatores que fortalecem seu organismo, aqueles que vulnerabilizam sua existência e aqueles que o alimentam dentro de seu contexto social e econômico. O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), fruto de intensa articulação das organizações e movimentos sociais em direção ao combate à fome, aparece na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional¹¹:

[...] realização do direito de todos ao **acesso regular e permanente** a alimentos de **qualidade**, em **quantidade** suficiente, **sem comprometer o acesso a outras necessidades** essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a **diversidade cultural** e que seja **ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável**¹¹.

Partindo dessa premissa, a qual se reivindica aqui como direção fundamental para a prática nutricional, traçamos uma aproximação com o sujeito-SUS e fazemos um convite para algumas correspondências. A quantidade insuficiente de recursos públicos historicamente alocados no sistema, bem como o Programa Previne Brasil, por sua intencionalidade restritiva, contribuem para a inanição do SUS, uma vez que grande parte dos obstáculos enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde passa pela ausência ou limitação de recursos

financeiros. Vale ainda constar que tal modalidade de financiamento, ao condicionar o repasse ao desempenho, relega aos municípios uma falta de regularidade e permanência, antes minimamente garantida com o PAB.

Outro aspecto possível a ser analisado é o da qualidade, ou seja, o tipo de alimento disponível para o SUS. As práticas de educação na saúde alimentam de forma distinta o funcionamento do sistema, são alimentos de distintas origens e que, em consequência, geram efeitos também distintos na existência do SUS. Se as ações de educação continuada contribuem para a reprodução de práticas estruturadas na saúde, quando hegemônicas, fortalecem o modelo de atenção também hegemônico, o biomédico.

Por outro lado, as ações embasadas na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, estimulam a aprendizagem significativa que emerge do trabalho, dos desafios, sendo, por isso, potência para a mudança do modelo tecnoassistencial. Nesse sentido, existem ainda aqueles alimentos que alimentam, mas que também envenenam, como os alimentos ultraprocessados ou transgênicos, uma vez que aportam energia, mas em sua composição prejudicam a saúde do organismo. Semelhantes aos alimentos classificados como ultraprocessados, são os mecanismos de captura da racionalidade da lógica privada dentro do SUS, que acabam por se estabelecer como uma diretriz que monetiza e atribui valor de mercadoria no fazer gestão na saúde.

Apesar dos sintomas de fadiga, tontura e perda significativa de robustez, característicos do quadro geral do SUS, o sistema segue recebendo vitaminas que, apesar de não incidirem sobre as estruturas desnutridoras, dão sobrevida, produzindo brechas, alternativas e possibilidades para a produção de saúde: para resistir. Ainda que esses movimentos de desnutrição impactem negativamente a execução adequada de sua função social como política pública que viabiliza o direito universal à saúde, o componente essencial do comprometimento das trabalhadoras e trabalhadores conscientes de seu papel no processo de cuidado, geram contrapontos. Geram resistência e, em alguma medida, a existência do SUS. Apesar desse efeito importante, chamamos atenção ao fato que sustentar individualmente a materialização do SUS tem levado esses mesmos trabalhadores ao adoecimento.

Brotto e Dalbello-Araújo¹² contribuem para aprofundar esse olhar, apontando que os modelos de gestão autoritária, a desvalorização do trabalho, as diversas violências sofridas, a falta de condições de trabalho e o recorrente contato com o sofrimento humano, são elementos-chave nesse adoecimento. Nesse sentido, fica explícito que há uma limitação profunda quando fatores da desnutrição do sistema são considerados ou até mesmo enfrentados individualmente, isto se não naturalizados como inerentes ao trabalho no SUS. Por se tratarem de problemas que demandam a mobilização de estratégias coletivas, tanto macroestruturais (no que se refere à maneira na qual se organiza a sociedade) quanto setoriais (que dizem respeito às diretrizes que conduzem a política de saúde, em geral, e de gestão da educação e do trabalho na saúde, tendo em vista os trabalhadores), são questões que devem ser encaradas coletivamente.

Devido a esses desafios e entraves, a consolidação do SUS tem demandado dos gestores de saúde, em todas as esferas de governo, o reconhecimento e delimitação de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados à formação e qualificação dos trabalhadores, além da necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse sentido¹³. Ceccim¹⁴ contribui ao indicar que a gestão do trabalho e da educação na saúde se conformou como Campo de Ação Estratégica a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde, em 2003. Consistiu, também, em um esforço de superação da noção de recursos humanos na saúde que perpetuava a lógica de gestão fragmentada, em que os trabalhadores eram assemelhados aos insumos/recursos necessários, para, então, promover a oferta de ações e serviços de saúde segundo uma concepção em que o trabalho e o trabalhador são envolvidos e considerados sujeitos essenciais na produção da saúde.

Conforme Macêdo, Albuquerque e Medeiros¹⁵, a organização em dois segmentos (trabalho e educação) favoreceu muito a consolidação de novos marcos, fundamentais para a formação e qualificação do trabalho no SUS e mudanças nas suas ações finalísticas. Para esses autores, todas essas mudanças

ocorridas no âmbito da educação na saúde apontam para a necessidade de um arcabouço teórico-conceitual, para uma gestão da educação na saúde capaz de dar conta dos desafios representados pela gestão do SUS. Nesse sentido, Santos e Ceccim¹⁶ são importantes apoios nesta reflexão sobre a educação na saúde, especificamente no que tange à Educação Permanente em Saúde e seus sentidos na Atenção Básica.

Os autores afirmam que ao produzir intersecção entre a educação e trabalho, de algum modo, a Educação Permanente em saúde supõe a introdução de processos de educo-trans-formação, ou seja, de incorporação de mudanças a partir da formação e efeitos na subjetividade individual e institucional. Em convergência com os autores, a formação será aqui concebida como uma forma de nutrição, um mecanismo para aportar nutrientes, elementos para uma mudança de práticas que afirmem o SUS como uma política pública garantidora de direitos. Em consequência disso, a educação na saúde será traduzida como uma forma de nutrição para o SUS, uma vez que alimentará a maneira como o cuidado será produzido.

A educação continuada (EC), pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento, apoia processos com enfoque em conhecimentos técnico-científicos de cada área, com ênfase em cursos, capacitações e treinamentos. Está associada à reprodução de conhecimentos já sistematizados. Propondo ampliar o olhar no que tange à educação na saúde, Ceccim¹⁷ afirma que a Educação Permanente em Saúde se refere ao processo de aprendizagem-trabalho, em uma formação que se expressa e acontece no cotidiano dos trabalhadores e do trabalho em saúde, considerando os problemas enfrentados na realidade, os conhecimentos e experiências distribuídos nas equipes em mecanismos de colaboração e cooperação. Em suma, a EPS consiste em uma estratégia para que a orientação da qualificação dos trabalhadores seja direcionada pelas necessidades de saúde em território e, necessariamente, indicada pelo processo de trabalho e/ou atuação do controle social.

Enquanto na EC evidenciam-se os conteúdos do trabalho, na EPS emerge o processo de trabalho. Contudo, não somente em relação ao mote

disparador diferenciam-se a EPS e a EC. Distinguem-se também pela concepção de educação, uma vez que a EPS incorpora a abrangente reflexão sobre práticas pedagógicas nos serviços de saúde, estratégias educativas na formação e metodologias de ensino para que, assim, direcionem mudanças das práticas sociais e técnicas da atuação em saúde.

Refletindo sobre a intersecção entre EPS e as práticas de gestão em saúde, ajuda a localizar o diálogo entre Ceccim¹⁷ e Cecílio¹⁸ sobre o fator anti-Fayol e o trabalhador moral. Ao problematizar, além dos princípios da administração científica de Frederick Taylor, a lógica gerencial hegemônica de comando e da heterodeterminação dos trabalhadores encampada por Henry Fayol, Luiz Cecílio propõe que os atores em ação de trabalho devem experimentar uma prática gerencial libertária e inovadora, onde possam negar a captura, uniformização e padronização de seu trabalho, afirmando a autonomia como aposta no criar e recriar.

Nesse sentido, localiza o ato de interrogar como uma função gerencial que aponta uma contra formulação ao fayolismo e assemelha essa prática a um sentido muito próximo ao da Educação Permanente em Saúde. É nesse ensejo que Ceccim desenvolve reflexões a partir de Cecílio, apontando a dimensão do dever da educação e da escuta pedagógica na EPS, afirmando-a como a função gerencial capaz de provocar uma gestão interrogativa, inovadora e transformadora.

Ao se tratar da EPS como política pública e retomá-la como um campo de ação estratégica a partir da instituição da SGTES/MS, em 2003, importa frisar que ela ganha o status de implementação do mandato constitucional do tema educação na saúde. Entre 2003 e 2007, sustenta-se com certa estabilidade, sobretudo, por adesão dos atores não governamentais¹⁴, configurando uma aproximação da formação como parte da gestão em cotidianos vivos, uma formação em contexto e um contexto em formação.

Considerando que Melo¹⁹ aponta a influência dos contextos nas políticas de saúde e das políticas no contexto dos espaços formais de gestão, vale citar que a concepção de Educação Permanente em Saúde se situa no campo tensional das práticas de governar na Atenção Básica. Entre os principais

desafios identificados pelas gestões municipais do SUS²⁰ estão: a qualificação das equipes gestoras municipais para a prática do planejamento (66%) e a implementação de diretrizes de educação e gestão do trabalho (53%).

Diante disso, buscamos saber: quais são as diretrizes e ações dos espaços formais de gestão do SUS para a formação e qualificação profissional na AB? Existe influência do contexto de recentes mudanças na AB nessas diretrizes e ações? Para percorrer esse processo, dois instrumentos permitiram a presença em contexto: o Diário Institucional (DI) e a Rede de Conversações.

Objetivo

Compreender quais são as diretrizes e ações dos espaços formais de gestão do SUS para a formação e qualificação profissional na AB, e se existe influência do contexto de recentes mudanças na AB nessas diretrizes e ações.

Cozinha experimental com diários e diálogos: considerações sobre o método

Intervir para conhecer e conhecer para (re)inventar cotidianos nas práticas de gestão em saúde e nos espaços formais em que elas são materializadas é a grande tônica de experiência para esta escrita. Essa perspectiva é potente no sentido em que permite a invenção de si, do conhecimento e do contexto das políticas públicas de saúde em que se insere. Kastrup²¹ contribui ao desenhar o conceito de devir criativo da cognição, evidenciando o importante papel do fazer, do criar e do inventar para o conhecimento e para o pensamento.

Nesse sentido, a escrita sobre o cotidiano, sobre a experiência, passa a ser um mecanismo de produção de conhecimento. Não um escrever desprezioso, mas a produção de uma narrativa implicada, que apreende do dia a dia as percepções, experiências vividas e os diálogos, mas também o que emerge destes, assim como apontam Hess e Weigand²². Para a análise institucional, lente inspiradora da materialização deste texto, a ferramenta do diário possibilita articular e explorar as relações entre campo de intervenção e de análise²³. Esse apontamento também serve para outras caixas de ferramenta

em estudo e pesquisa que possuem como base a concepção de que teoria e prática, ou fazer e pensar, constituem-se no mesmo processo.

Levando isso em conta e entendendo a produção da escrita deste texto como um experimento que deve ser saboreado, assumimos os aspectos teórico-metodológicos como uma “cozinha experimental”, em que são selecionados utensílios de uma caixa de culinária, ingredientes fundamentais e bastante afeto. Para produzir análise a partir dos dois campos de prática, a Secretaria da Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS-Niterói), foram adotados dois métodos distintos e complementares que nos permitiram reflexões e encontros a partir da intervenção.

Dentre os numerosos tipos e usos de diários, optamos por conceber o Diário Institucional de uma residente em gestão da Atenção Básica, que analisa, a partir do próprio processo de formação em serviço na modalidade remota, junto à SES/RJ, situações que colocam em voga as diretrizes e práticas da gestão para a educação na saúde no âmbito da Atenção Básica. Em outra frente, considerando as mudanças de terreno e maior imersão prática presencial e a oportunidade de construir pontes entre a relação interfederativa de estado e município, utilizamos a referência da rede de conversações para produzir diálogos da experiência na SES-RJ com a vivenciada na FMS-Niterói.

O Diário Institucional, proposto por Hess^{24,7}, “é uma tentativa pedagógica para conduzir as pessoas do nível da escrita íntima ao nível da escrita pública”. Para a autora, o objetivo do diário institucional é tornar nítida para o pesquisador “a relação com o seu trabalho, sua relação com o estabelecimento ou instituição tomada como alvo da pesquisa”. Quando o trabalho do diário “for difundido internamente no estabelecimento, o diário tornar-se-á ferramenta de intervenção, método de análise e, talvez, de mudança no lugar onde ele é também discutido, visto, contestado”. Acontece que o diário “consiste da descrição diária, como em um diário íntimo, dos fatos organizados em torno de uma vivência”, seja relativamente a uma instituição, ao seu local de trabalho ou à relação com uma pesquisa. “Trata-se, não de contar tudo o que nos acontece em um dia, mas a cada dia (ou ao menos três ou quatro vezes por

semana) de anotar um fato marcante [...] tendo uma relação com o objetivo que se está dando para este diário”^{24:4}.

O DI permite produzir análise institucional, ou seja, possibilita materializar uma lente de aumento para as tensões instituintes e instituídas. Ao se tratar da gestão da educação na saúde no âmbito da Gestão da AB, possibilitou maior reflexão e atenção a este, que é um tema pouco descrito na literatura. Assim, o DI ganha vida como método à medida que é escrito, lido, relido, analisado, alimentando seu potencial inventivo. É uma escrita do presente, para si (individual ou coletiva), e permite inscrever, em linhas e palavras, o que vemos, o que sentimos, o que percebemos, o que pensamos, o que nos contam, o que ouvimos falar, sem perder de vista que o que ocorre não diz restritamente sobre nós. Afirmar-se como potente mecanismo de registros escritos da memória de uma específica temática, apoiada por uma multirreferencialidade, ou seja, pela possibilidade de ser lido sob diferentes ângulos: individual, interindividual, grupal, institucional, organizacional²⁴.

Em geral, essa ferramenta opera, de acordo com Hess²⁴, sob dois eixos: de duração e de intensidade. Por isso, com o passar do tempo, ele pode adquirir também uma dimensão histórica. É um diário, porque registrou uma memória cotidiana, referenciada em dados, fatos e vivências, alimentada por meio de livros, artigos científicos, notícias de jornal, páginas de Diários Oficiais, websites institucionais, mensagens de aplicativos de celular, reuniões on-line, entre outras. Não corresponde a uma representação de todos os fatos e experiências vividas, muito menos, a uma verdade absoluta sobre elas.

A ideia de memória é assumida como uma espécie de gaveta de questões marcantes que, por diversos motivos, passaram por uma peneira de seleção a partir dos sentidos e significados produzidos em nós e no contexto. Consideramo-lo, uma memória afetiva, segundo os fatos e reflexões compartilhadas que nos afetaram. É institucional, na medida em que permitiu o acesso a uma dimensão coletiva do problema de pesquisa, contribuindo para a produção de análise sobre dinâmicas contraditórias, buscando identificar os vetores instituídos e instituintes no tempo-espço da gestão interfederativa da

saúde do estado do Rio de Janeiro. A partir do suporte da Análise Institucional, pode-se revelar os analisadores, isto é, segundo Lourau²³, os fatos, situações e acontecimentos com conteúdo de revelação, tensão e provocação de análise, enquanto são peças estratégicas para compreender esses movimentos em terrenos complexos como os da gestão da saúde.

Experimentando a composição de metodologias, junto à experiência na Fundação Municipal de Saúde de Niterói, lançamos mão da ferramenta da rede de conversações, concebida como “diálogos”. Segundo Maturana²⁵, nós, seres humanos, existimos na linguagem e a nossa experiência ao existir é fruto desse conversar, que não é dado ou estático, pois vai ser produzido a partir da coordenação consensual das ações realizadas e do quanto/como aquilo nos afeta. Nesse sentido, não há, conforme o autor, uma realidade ou conhecimento independente da ação do sujeito cognitivo. Há implicação.

Para Maturana^{25:91}, o conversar “é um fluir na convivência, no entrelaçamento do linguajar e do emocionar”, constituindo e configurando o mundo em que vivemos. Por isso, o diálogo ultrapassa a ideia de uma simples troca de mensagens transmitidas por um canal entre emissores e receptores. Reconhece que “todo o fazer é um conhecer e todo o conhecer é um fazer” e que não há como separar os fenômenos da cognição do próprio processo de organização autopoiética do sistema vivo.

Considerando que o conhecimento não pode ser resultado do que se apreende do exterior, mas do que emerge da convivência e nas conversações com o outro, a rede de conversações possibilita mudanças significativas, na medida em que buscamos identificar e compreender os nós de tendência, ou de forças, que acompanham os processos dinâmicos de um determinado contexto. Nos ajuda ainda, o autor, quando aponta que é nas redes de conversações que produzimos nossas compreensões e argumentos, ou seja, que aprendemos.

Partindo desses entendimentos, o apoio deste método compôs bem com o percorrer do trabalho na experiência da gestão municipal, porque sendo cronologicamente seguida da experiência na SES-RJ, pode-se produzir, a partir dela, uma significação diferenciada da gestão interfederativa da Educação

Permanente em Saúde na AB. No campo da gestão municipal, utilizar esse recurso das redes abriu oportunidade para produzir diálogos e conversações, aprendendo atentamente sobre o que passa na relação entre os entes federados a partir das mesmas inquietações.

A prova de sabor para a pesquisa foi o olhar guiado pelo que esteve em movimento, o que se moveu, o que atormentou e o que acalmou os processos relacionados ao tema. Interrogando que funções tiveram as diferentes “educações na saúde” nos campos de intervenção. Partimos da compreensão de que desenvolver a capacidade cartográfica é desenvolver uma capacidade de gestão, assim como desenvolver uma capacidade de conversar é também desenvolver uma capacidade de gestão. Por isso, a mistura do diário e do diálogo são formativos, permitindo dissertar sobre os processos de formação, no dia a dia, em uma multirreferencialidade que (re)inventa o cotidiano ao longo das jornadas de trabalho. Se o diário “é um excelente instrumento de análise da vida institucional”^{24:91}, na conversação “as palavras constituem operações no domínio de existência”^{26:16}.

Além disso, assumimos como aspecto metodológico a transversalização da narrativa com o campo de saber da Nutrição. Em um movimento de repactuação com as possibilidades inventivas desse núcleo de conhecimentos. Há uma intencional constituição de imagem representativa da noção de Educação Permanente em Saúde como um alimento, ou melhor, como uma prática de nutrição, na medida em que tem a função de aportar nutrientes e, mais do que isso, garantir a Segurança Alimentar e Nutricional para uma vida digna do organismo-SUS. Daí, desdobra-se o fio condutor da narração, sobretudo da dimensão reflexiva deste texto. Dimensão reflexiva esta que não esteve organizada sob os modos cartesianos em que são apresentados todos os dados, antecedendo sua análise. A descrição e a produção de análise se deram concomitantemente.

Dessa forma, na busca por um olhar jornalístico/cartográfico/nutricional, as linhas dos diários e dos diálogos, refletem a produção de uma escrita que é implicada e que, portanto, teve as vivências de sermos residente, trabalhador e docente. Na constituição de um “sujeito” inventivo, este processo

foi sendo capaz de me formar a partir da apropriação do nosso percurso, ou seja, uma experiência que foi ajudando a fazer-saber/saber-fazer. Podemos nos tornar gestores a partir do que vivemos, refletimos, fomos afetados e afetamos.

No tocante aos aspectos éticos, segundo a Resolução CNS n.º 510, de 7 de abril de 2016, não devem ser registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/Conep pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam “identificar o sujeito”. No presente caso, não existe “o sujeito” da pesquisa, uma vez que foram pesquisados os processos de trabalho e seus efeitos a partir da experiência em campo de uma residente.

Colheitas e apontamentos para uma prática nutridora do SUS

Nutrir o SUS a partir de práticas de gestão, educação e cuidado democráticos e promotores de autonomia é fundamental para a sua resistência e existência, e para que este possa cumprir sua função essencial de realizar o direito universal, integral, equânime e socialmente referenciado à saúde. Partindo desse pressuposto, a referência a esse processo de reflexão e produção de conhecimento inscrito na formação prática na gestão do SUS, considerou a opção de iniciar pela cozinha experimental (método), terreno estratégico para pensar as ações e práticas de gestão e de atenção em saúde. É nesse sentido que se deu o recurso à afirmação cartográfica e dialógica, isto é, desenvolvemos a capacidade sensível de mover-nos com a experiência e a capacidade de conversar no ambiente de gestão. Desenvolver a capacidade de sentir e agir, em meio e com outros.

A inspiração cartográfica da cozinha experimental com diários e diálogos foi algo que se constituiu em ato, como pesquisa-intervenção, ao passo que a presença, análise e experiência atravessaram o ato de narrar, em território coletivo, relacional e político. Longe de ser um processo simples, o escrever e apagar, a tentativa de romper com o plano cartesiano de investigação e com a lógica científica tradicional à qual estamos moldados, foram um renovado

desafio. Ao mesmo tempo, da experiência emergia tanto, que a seleção dos autores e dos diálogos teóricos saltava e afirmava-se.

Com base nisso, foi possível identificar que quanto mais discutíamos a formação em gestão da AB, na própria gestão da AB, ou olhando para ela, a partir da experiência em movimento, mais emergia o/a gestor/a-nutricionista em busca da segurança alimentar e nutricional do SUS. Talvez, o mesmo que ocorreu para Passos e Barros²⁷, ao enunciarem a indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade. Não buscando a gestão em saúde da literatura hegemônica, como a administração científica (taylorista) exige, mas, como propõe Merhy²⁸, aquela que reconhece indissociáveis o ato de governar e o de agir em saúde.

Mais ainda, a EPS foi afirmando-se também, neste processo, de fato como uma função gestora, ao lado do planejar, formular, financiar, regular e executar na qual a EPS, por alimentar a existência do SUS, dá condições para a direção de um governar que afirma o comando de mudanças no modelo tecnoassistencial em saúde. Resgatando o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional como imagem à adequada nutrição do SUS:

[...] Consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis¹¹.

No âmbito estrutural, pode-se apontar que a prática da EPS ainda não é regular e permanente no SUS, no estado do Rio de Janeiro e no município de Niterói. A dificuldade em afirmá-la a partir de seu status constitucional de gestão da educação na saúde, passa pelo baixo reconhecimento de gestões que a percebam como ferramenta estratégica, a ser priorizada do ponto de vista da formalização e localização no modelo de governança, na condução das ações e da alocação orçamentário-financeira para a sua adequada realização porquanto direção estadual e municipal no SUS.

Na dimensão qualitativa, o uso das capacitações como práticas mais disseminadas não contribui para definir a natureza das ações de educação na saúde. Afinal, nem toda ação de capacitação implica um processo de EPS, apesar de vislumbrar a melhoria do desempenho do trabalho e das(dos) trabalhadoras(es). Nem todas essas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, perspectiva essencial nos processos de Educação Permanente em Saúde. O que acaba por diferenciar concretamente as ações de educação continuada das de Educação Permanente, é que a última requer elaboração, planejamento e execução a partir de uma análise estratégica e de democratização institucional dos conhecimentos e práticas em que se insere.

Ao retomar-se a prova do sabor que guiou esta formulação, na qual, se questionava quais seriam as diretrizes e ações dos espaços formais de gestão do SUS para a formação e qualificação profissional na AB, pode-se identificar que, do ponto de vista das diretrizes, sobressaíram hegemonicamente, tanto no estado quanto no município, as ações de educação continuada, com focos pontuais ou pouco fomentados de Educação Permanente. Entre as ações, destacaram-se as formações em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Síndrome Congênita do Zika e capacitação dos profissionais para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus (STORCH), por terem financiamento assegurado para o estado, e a temática contextual da covid-19, sobretudo nos aspectos voltados à prevenção e prática clínica em ambas as esferas de governo. Nesse sentido, chamamos a atenção para o desenvolvimento de atividades mediadas por telas de computador, que surgiram no cenário da pandemia como uma oportunidade de difusão de conteúdos em maior escala.

Em próximas análises e investigações, aponta-se como estratégico aprofundar a compreensão do impacto da pandemia na expansão ou no subaproveitamento da EPS, no uso da EPS em EaD e do Telessaúde, bem como a inconclusa transição do “Programa Mais Médicos para o Brasil” ao “Programa Médicos pelo Brasil”, que traz em voga a interrupção da dimensão de formação na versão original para uma ação essencialmente de

provimento. Esses são pontos de tensão em meio ao conjunto de políticas de EPS na AB no país.

A relação entre os setores de Educação Permanente em Saúde e de AB, na gestão do SUS, foram distintas nas esferas municipal e estadual. Na SES-RJ, tratava-se de uma relação pouco orgânica, com tensões e com a sensação de ausência de apoio, de instrumentalização. Já em Niterói, a relação era praticamente exclusiva. Majoritariamente, as ofertas eram voltadas à AB, sem que, necessariamente, fossem direcionadas às demandas que emergem do trabalho nos serviços de AB. Essa consideração contribui para identificar que não há relação essencialmente nutridora do SUS que não se dê pela articulação ativa entre os setores “alimentar” e “nutricional”, em uma compreensão da EPS como função gestora do SUS, na gestão central, da AB e nos demais âmbitos das Redes de Atenção à Saúde.

Por fim, ressalta-se que apesar da complexidade das relações vinculadas ao contexto de recentes mudanças na AB, as mesmas não se apresentaram, na presente experiência, como moduladoras diretas das diretrizes e ações das gestões municipal e estadual na EPS para a AB. Os desafios identificados referem-se, principalmente, a questões anteriores a essas mudanças. Não obstante, a alteração no financiamento a partir do Previn Brasil, a direção federal seletiva e focalizante da política e a própria apresentação do tema da educação na saúde, na última versão da PNAB, apontam para uma disputa pulsante sobre o modelo com maior condição de tornar-se majoritário, quanto à educação na saúde.

No âmbito das relações interfederativas, o papel da esfera federal, que vem estimulando a prescrição de práticas, o treinamento de equipes, a supervisão reguladora, o monitoramento por resultados. Há uma crescente ênfase nos cursos contratados e na oferta de módulos livres por hospitais privados beneficiados por recursos públicos através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Isto vem provocando, concretamente, uma condução de uma política de educação na saúde distante das concepções da política de Educação Permanente, em seu caráter essencial e nutridor do SUS.

Dessa forma, é possível concluir que o cenário de consolidação da EPS, como prática gestora, está em aberto, em disputa, e atravessado pelos contextos estruturais e conjunturais tal qual o organismo-SUS. Neste caminho, pode-se identificar que assumir a EPS como função gestora da AB perturba a “gestão continuada” como modo de gestão prescritivo. Esse modelo tem pouca influência sobre o cotidiano dos serviços de saúde, implementando ações e políticas sem considerar a inclusão dos trabalhadores ou baseadas apenas em indicadores de desempenho, às vezes negligenciando a atenção aos processos. Diante das investidas sistemáticas de desnutrição, a aposta da Educação Permanente em Saúde, como nutrição para o SUS, se faz como via possível e articulada a um modo de gestão da AB que aponte para a afirmação do fazer democrático, situado, público, universal, equânime e integral de saúde.

Referências

1. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2019;43(120):223–39.
2. Hess R. Uma técnica de formação e intervenção: o diário institucional. In: Hess R, Savoye A. *Perspectives de l'analyse institutionnelle*. Paris: Méridiens Klincksieck; 1988.
3. Maturana H. *La realidade: objetiva o construída?* Barcelona: Anthropos; 1998.
4. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345–356.
5. Paim JS. Trinta anos de Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723–1728.
6. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):38–51.
7. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC de, D'Ávila O, Hauser L, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(9):3457–62.
8. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União. 2019;28set. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 11 fev. 2021.

9. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1181-1188.
10. Harzheim E. Previne Brasil: bases da reforma da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1189-1196.
11. Presidência da República. Lei n.º 11.346 de 15 set. 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.
12. Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2012;37(126):290-305.
13. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):884-899.
14. Ceccim RB. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare*. 2019;18(1):68-80.
15. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014;12(2):379-401.
16. Santos LM, Ceccim RB. Educação do/no trabalho, o caso da saúde: micropolítica e o componente imaterial da “educo(trans)formação”. In: Fernandes RMC, organizador. *Educação no/do trabalho no âmbito das políticas sociais*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.
17. Ceccim RB. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. *Interface, Botucatu*. 2007;11(22):358-361.
18. Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface, Botucatu*. 2007;11(22):345-351.
19. Melo EA. *Práticas de governo na gestão do SUS: poderes, dilemas e pragmatismos*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.
20. Conselho Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. Pesquisa nacional para a construção do perfil dos gestores(as) municipais de saúde, ciclo 2017/2020, Fase II. 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Pesquisa-PerfilGestor.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.
21. Kastrup V. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
22. Hess R, Weigand G. A escrita implicada. *Cadernos de Educação – reflexões e debates*. 2016;5(11):14-25.
23. Lourau R. Análise institucional e práticas de pesquisa. In: Rodrigues HBC, organizadores. *René Lourau na UERJ*. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
24. Hess R. O momento do diário de pesquisa na educação. *Ambiente & Educação*. Rio

Grande. 2009;14(1):61-87.

25. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
26. Maturana H. Ontologia da realidade. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais;1978.
27. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.
28. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-314.

ATIVAÇÃO DE PROCESSOS DE MUDANÇA NAS ATITUDES DOS FUTUROS PROFISSIONAIS MÉDICOS E A QUALIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Suely Coelho Tavares da Silva*
Juliana Veiga Cavalcanti**

Introdução

A relevância de uma educação médica de qualidade é reconhecida pela sociedade, no meio acadêmico e no âmbito das políticas públicas. No entanto, o consenso do que vem a ser uma educação médica de qualidade motiva debates nem sempre conclusivos, uma vez que nos currículos médicos, algumas ferramentas pedagógicas já não satisfazem os desafios atuais. Sabe-se que as competências relacionadas à aquisição de conhecimentos dos currículos tradicionais já não garantem o sucesso profissional e pessoal no futuro. A dimensão socioemocional, geralmente negligenciada, surge como uma abordagem capaz de beneficiar o aprendizado significativo e preencher a lacuna existente nos campos pedagógico, gerencial e assistencial, na área da saúde¹.

O cenário da minha aldeia é João Pessoa, na Paraíba, engloba os âmbitos do ensino universitário, da gestão e de assistência à saúde. O contexto da docência iniciou-se no ano de 2015, no campo de Atenção Primária em Saúde na Comunidade (APSC), cujo enfoque principal trata da estrutura das Redes de Atenção à Saúde (RAS), do acesso, da coordenação e da gestão do cuidado. A coordenação da

* Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. suelycoelhotavares@gmail.com

** Docente EBT do Instituto Federal do Rio de Janeiro, campus Realengo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jveigafisio@gmail.com

unidade curricular APSC, representou a líder no contexto da gestão. A assistência em saúde, no campo da pediatria, é o exercício laboral cotidiano, na Atenção Primária, numa Unidade Básica, que presta cuidados ao público residente em área descoberta, no período noturno, assistindo a uma comunidade peculiar, pelas condições precárias da população, inserida na vizinhança de um bairro nobre, dando realce a desigualdade social e a violência lá existentes.

Diante do exposto, mostra-se extremamente relevante o esforço para aprimorar e qualificar a formação superior e a atuação profissional na área de saúde. Assim, ativar mudanças parece muito oportuno, para capacitar a lida com situações-problemas apresentadas no cotidiano de ensino-serviço-gestão, permitindo tirar delas o melhor proveito, de modo a suprir determinados pontos de fragilidade profissional e pessoal.

Acontece que é preciso assegurar aos jovens, discentes de Medicina, uma aprendizagem significativa, capaz de ajudá-los a enfrentar os desafios acadêmicos, profissionais e políticos deste século. Isso envolve o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem ativa, com uso de raciocínio crítico e reflexivo, correlacionando conhecimentos prévios com científicos. Além disso, é importante ser capaz de estabelecer uma relação com os problemas do processo saúde-doença, que se manifestam na interação entre ensino, serviço, gestão e comunidade. Para estimular habilidades de comunicação e competências cognitivas, associadas às socioemocionais (não cognitivas), é possível trabalhar com a resolução dos problemas, apresentados durante a formação médica.

Tratando-se do contexto de ensino-aprendizagem dos futuros médicos, são observados problemas como: turmas heterogêneas, onde convivem alunos exemplares, interessados e participativos, com um enorme gradiente de diversidades, relacionadas ao comportamento desfavorável ao aprendizado e as habilidades cognitivas e não cognitivas dos acadêmicos. Essa situação-problema incomoda e mobiliza o corpo docente à procura de alguma ferramenta apropriada para desencadear uma estratégia de ativação de mudança qualificada, no processo de transformação da realidade atual, que envolva a todos e seja coerente com a necessidade de cada um.

A escola é reconhecida como um ambiente propício para a construção de valores nas dimensões afetivas e emocionais, complementando os conhecimentos cognitivos. A ação primordial, que não deve ser negligenciada, é formar um indivíduo com personalidade íntegra, capaz de pensar e raciocinar, e também de desenvolver valores morais e espirituais centrados na cooperação e responsabilidade. Isso deve ser feito de maneira autônoma, alinhada às concepções pedagógicas de Waldorf e Montessori, que valorizam o respeito pelo interesse e ritmo de aprendizagem de cada aluno^{2,3}.

Entre as concepções de aprendizagem que subsidiam as práticas pedagógicas atuais, é possível identificar pontos comuns entre Piaget, Paulo Freire, Freud, Vygotsky, Wallon, Luria, Baktin e Freinet, que centralizam o processo de aprendizagem na ação do sujeito⁴. Tanto Vygotsky, quanto Paulo Freire, afirmaram que o homem não só transforma como é transformado nas suas interações ativas sobre o seu meio social e cultural, sendo produto do intercâmbio instituído ao longo de sua existência. Estabelecendo-se um pensamento comum entre ambos, fundamentado pela concepção dialética, destaca-se o conhecimento prévio, originado no cotidiano, onde mediador e mediado participam juntos de uma construção coletiva.

No entanto, apoiando-se na teoria a favor do desenvolvimento humano, Vygotsky atribui ao professor o papel imprescindível de contribuir no processo de ensino-aprendizagem, sem deixar de lado a importância do conhecimento acumulado historicamente e o papel da escola⁴. Paulo Freire preconiza a constituição da autonomia intelectual com consciência política, para transformar a realidade e a coerência com a formação político pedagógica do professor⁵. Piaget, assim como Ausubel, defende a ênfase do processo ensino-aprendizagem no aluno que, doravante, será visto como responsável pelo seu percurso pessoal de aprendizagem⁴.

As Instituições de Ensino Superior respondem à necessidade de novas propostas pedagógicas, segundo os perfis solicitados aos futuros profissionais, com a inserção das metodologias ativas – estratégias utilizadas no processo formativo, capazes de motivar o maior envolvimento do estudante para o

seu próprio aprendizado, utilizando-se contextos desafiadores. Busca-se, nas referências de Paulo Freire, uma retaguarda para a educação de adultos em saúde, baseada na aprendizagem pela superação de desafios, na forma de problemas, construindo-se o conhecimento a partir de experiências prévias. Essa ênfase moderna, a partir de situações-problemas, na verdade, tem bases ancoradas nos ideais de Dewey, filósofo, psicólogo e pedagogo americano, que implantou as bases da aprendizagem pela ação – *learning by doing* – “o aprender fazendo”, que se conecta bem com a própria índole humana⁵.

Seguindo esse caminho, a partir das bases do conhecimento teórico-metodológico do pensamento construtivista, apresentados de forma sucinta, nos parágrafos anteriores, espera-se, na formação do ser humano, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, de valores éticos, da autonomia, entre outras conquistas de dimensões afetivas e comportamentais, por meio da educação. A metodologia da problematização estimula a análise crítica de situações reais do cotidiano. Esta estratégia engaja os educandos, incentivando-os a serem multiplicadores de conhecimento. Ela permite a construção de diversas alternativas para superar uma situação-problema apresentada e a reformulação de seus conceitos com base no aprendizado adquirido nos campos técnico, social, ético e político⁵.

Existem evidências afirmando que o desenvolvimento é multidimensional e as chamadas competências não cognitivas ou socioemocionais, de dimensões afetivas e comportamentais, são essenciais para se obter bons resultados no ambiente da escola e sucesso fora dela. As habilidades como perseverança, autonomia e curiosidade são consideradas por pesquisadores tão importantes quanto as habilidades cognitivas (medidas por testes de desempenho e QI) para se obter bem-estar, educação, renda e saúde. “Mais que isso: as evidências sugerem que essas habilidades beneficiam os resultados na vida adulta via escolarização, ou seja, por meio da sua contribuição para o sucesso escolar”¹.

O Instituto Ayrton Senna (IAS) e a UNESCO⁶ descrevem a competência como a “capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática

conhecimentos, valores, atitudes e habilidades, seja no aspecto cognitivo, seja no aspecto socioemocional, ou na interrelação dos dois”. O aspecto cognitivo nos capacita para a resolução rápida dos problemas, para assimilarmos as ideias, interpretá-las, enfim, usar o raciocínio. O campo socioemocional facilita os relacionamentos, contribui para alcançar os objetivos, gerir a emoção, tomar decisões independentes, criativas e responsáveis, mesmo nas situações adversas.

A junção de ambos os aspectos favorece o ato de aprender ao se relacionarem entre si, motivo pelo qual as políticas públicas deveriam estabelecer prioridades para um projeto educacional nesse modelo. Assim, enumera-se um conjunto de competências, fundamentais nas práticas pedagógicas direcionadas aos jovens e necessárias também no ensino superior: a responsabilidade, a colaboração, a comunicação, a criatividade, o autocontrole, o pensamento crítico, a resolução de problemas e a abertura ao novo.

Quanto à formação em saúde especificamente, ocorreram mudanças curriculares dos cursos de graduação, no nosso país, que ressaltaram a importância de desenvolver no aluno atributos socioemocionais, como a capacidade de criar, planejar, implementar, implantar e avaliar políticas e ações que atendam a necessidade da sua comunidade, nos novos tempos, ou seja, a formação deve ocorrer de forma integral⁷. Ao longo dos anos, muitas iniciativas foram implementadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com o objetivo de formar profissionais aptos a atuar com qualidade e resolubilidade no SUS⁸.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁹ propõe modelos de reorientação e a construção de um panorama na formação profissional, com vistas ao ensino integrado ao serviço, com base nas reais necessidades da população e dos trabalhadores da saúde. A melhoria da qualidade do cuidado em saúde, pela interação ensino-serviço-comunidade-gestão, implica, inicialmente, no desejo de mudança dos protagonistas. Em relação à realidade vivenciada, porém, o conhecimento dessa realidade é produto da forma como cada pessoa enxerga o mundo,

a partir do que conhece e de suas atitudes frente a mudança desejada. O desejo de mudança desafia para além do protagonismo de ensinar-aprender, desencadeando uma atuação técnico-política e desse modo se formam atores implicados com mudanças, em virtude do aumento da tomada de consciência dos problemas, a partir da realidade vivenciada, assim, haveria maior motivação para solucioná-los¹⁰.

É nesse sentido que se defende a valorização de diferentes explicações e pontos de vistas acerca de uma situação. Tal conduta romperia com a existência de uma verdade única, considerando-se, assim, que há uma multidimensionalidade dos fenômenos e das suas relações. A identificação inicial de problemas reais, vivenciados pelos profissionais, promoveria pontes entre a prática e o aprendizado. Essas articulações dariam um sentido maior à aprendizagem, por estarem embasadas na própria atuação profissional, podendo mobilizar os saberes de cada um dos participantes e promover uma melhor intervenção nos problemas identificados.

A mobilização de saberes ocorre pela participação ativa dos profissionais, onde cada um traz seus conhecimentos, suas experiências e os problemas identificados no seu cotidiano, apresentando possível solução. Importante, também, que a abordagem utilizada permita esclarecer as dúvidas e as incertezas dos profissionais, propiciando dessa forma uma maior produção de conhecimentos¹¹.

Carvalho e Silva¹² enfatizam que nas condições atuais, os modelos curriculares tradicionais e baseados no conhecimento por disciplinas, são alvos de críticas, pelo fato de a sociedade esperar dos jovens um perfil formativo diferente, onde a resolução das dificuldades se dê de maneira colaborativa, a partir do “pensamento crítico e criativo” com aptidão para fazer “escolhas responsáveis”. Ou seja, qualificados para assumir as consequências de seus atos e cumprir suas obrigações enquanto cidadãos.

Em resposta aos novos desafios educacionais, os citados autores se referem às competências propostas pelo Instituto Ayrton Senna como “vetores para direcionar as inovações curriculares”, possibilitando uma maior

personalização do ensino, a partir da observação de cinco dimensões da personalidade dos estudantes, conhecidas por *Big Five*.

Nas últimas décadas, manifestou-se entre os psicólogos um consenso de que a maneira mais eficaz de analisar a personalidade humana consiste em observá-la em cinco dimensões, conhecidas como os Cinco Grandes Fatores: **Abertura a Novas Experiências, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Estabilidade Emocional**¹.

Há evidências de um impacto significativo dos programas educacionais de desenvolvimento socioemocional em comparação com os de desenvolvimento cognitivo. Isso confirma que o atributo mais relevante para reduzir desigualdades no ambiente escolar e promover sucesso socioeconômico é a conscienciosidade, que engloba aspectos como disciplina, responsabilidade e perseverança. No entanto, no meio acadêmico, há uma contraposição à abordagem baseada na medição dos *Big Five*. Este modelo de avaliação da personalidade é criticado por ser considerado estático e por desconsiderar as influências genéticas e culturais no desenvolvimento do indivíduo¹³.

O Instituto Ayrton Senna e a UNESCO⁶ propagam que os estudantes com competências socioemocionais, no sentido de serem mais organizados, focados e confiantes aprendem mais, e os mais persistentes e resilientes se comprometem mais com metas “de longo prazo” e lidam “melhor com frustrações e conflitos”. Desse modo, certas habilidades propagadas pela referência citada são essenciais no processo de liderança, como “compreender e gerir emoções, saber lidar com os outros e consigo mesmo, tomar decisões autônomas e responsáveis, estabelecer e atingir objetivos, além de lidar com situações adversas de maneira construtiva”. Por isso assumiria uma grande relevância inserir esse suporte, intencionalmente, na formação médica e de gestores, profissionais essencialmente implicados no processo de tomada de decisão.

As novas formas de interação no ensino exigem habilidades para a construção social do conhecimento e aptidão para se lidar com variadas culturas e histórias. Para tanto, algumas competências devem estar presentes

na Educação Permanente de gestores e dos demais profissionais de saúde, fundamentadas em quatro pilares: “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver”^{1,14}.

A competência profissional não pode ser diretamente mensurada, mas deve ser avaliada pela execução do melhor desempenho possível por determinado indivíduo, nas ações que compõem uma distinta prática, qualificada e contextualizada. Esse atributo sintetiza o empenho e o avanço de um profissional nas áreas que caracterizam sua carreira ou especialidade, quando são investigados e reconhecidos como coerentes com os critérios de excelência predefinidos.

Sendo que a referência que trata desse tema define critérios nas três áreas de competências relacionadas à excelência no trabalho em saúde: “a político-gerencial (identificar e analisar problemas, elaborar, executar e avaliar planos e intervenções); a educação (formular, executar e avaliar o projeto pedagógico) e o cuidado à saúde (formular, executar e avaliar o cuidado à saúde)”¹⁵.

No Brasil, a organização do SUS, sob os moldes de Redes de Atenção à Saúde, tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas. Integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo é superar a fragmentação da atenção e da gestão, aprimorando o funcionamento político-institucional do SUS. Isso visa assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com qualidade, efetividade e eficiência¹⁶.

O acolhimento é importante dispositivo a ser utilizado no processo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços. É necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem, individual e coletivamente, práticas diferentes do modelo biomédico hegemônico e fundamentadas nas diretrizes da APS e das RAS¹⁷.

A inserção do acolhimento como prática regular em todos os momentos do cuidado requer algumas mudanças. Primeiramente, é necessário estimular o protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde. Além disso,

é preciso reorganizar os processos de trabalho por meio de reflexão. Isso permite que a equipe seja atuante na escuta e na resolução dos problemas do usuário em conjunto. É fundamental respeitar a autonomia, as necessidades, os conhecimentos prévios e os atributos culturais de ambos. Por fim, é importante somar a isso a aptidão profissional para avaliar também os riscos¹⁸. Permite-se, nesse contexto, estabelecer uma ponte entre o acolhimento e a teoria da interação sócio-histórica de Vygotsky, uma vez que as práticas envolvidas no itinerário dos indivíduos em busca de solucionar os agravos em saúde, decorrem da aplicação da cognição associada aos atributos sociais e culturais, como: a visão de mundo e o modo de encarar a doença¹⁹.

Nesse processo, é importante que se garanta, também, o acolhimento para os profissionais, nas suas dificuldades em acolher as demandas da população. Na transmissão do conhecimento para a formação em saúde, registra-se a incorporação indispensável das ideias Vygotskianas, as quais incidem no psiquismo humano, com enfoque historicizador, em especial na escola médica, pelas práticas colaborativas de ensino-aprendizagem.

Assim, o profissional deve ser preparado na graduação de forma coletiva. Esta preparação não precisa ser necessariamente conduzida por especialistas no comportamento humano. No entanto, deve focar na escuta da queixa, dos medos e das expectativas dos usuários. O objetivo é capacitar o profissional a identificar e analisar riscos e vulnerabilidades. Isso permite que ele dê uma resposta alinhada às necessidades da pessoa utilizando o cardápio de ofertas do serviço. Essa abordagem promove uma atitude responsável, adequada ao espaço físico, à governabilidade das equipes de saúde e aos modelos vigentes de gestão do serviço envolvido^{4,18,19}.

Considerando-se os diferentes contextos da produção de ensino e aprendizagem distintos das práticas pedagógicas tradicionais, mais amplamente utilizadas, e o perfil de competências que se pretende desenvolver, cabe ao educador interferir, na tentativa de superar as dificuldades nos processos de compreensão dos conteúdos desenvolvidos em sala de aula. As intervenções pedagógicas representam o resultado de uma análise crítica das práticas

educacionais e a produção de alternativas que possibilitem ir além da tradição, com a utilização de iniciativas inovadoras de ensino e aprendizagem¹¹.

Por ter um conjunto de condições políticas e técnicas que permitem a execução de ações dentro dos limites de governabilidade sem a necessidade de despendere recursos econômicos, é possível considerar a viabilidade e a possibilidade de implementação de propostas de mudanças. Dessa forma, estabelece-se a hipótese de que a aplicação de intervenções pedagógicas voltadas para o desenvolvimento das competências socioemocionais dos acadêmicos de medicina pode gerar uma mudança significativa na atitude dos futuros médicos a longo prazo. Isso, por sua vez, terá impacto na qualidade do cuidado em saúde oferecido pelas Redes de Atenção à Saúde e favorecerá a implementação de medidas que visem melhorar o acesso dos usuários aos serviços. Objetiva-se, no processo de ensino e aprendizagem da graduação de profissionais de saúde, ativar mudanças de atitudes na formação dos discentes, por meio de uma proposta de intervenção para o ensino de Atenção Primária à Saúde na Comunidade. Como objetivos específicos, podemos listar:

- a. integrar o desenvolvimento de competências cognitivas e não cognitivas, no desenvolvimento da intervenção proposta, para suscitar uma transformação positiva nas atitudes do futuro médico, em relação ao cuidado em saúde, que favoreçam a implementação de uma transformação na RAS e melhorem o acesso dos usuários aos serviços de saúde;
- b. contribuir na formação de futuros profissionais; incentivá-los a vivenciarem a atividade médica inseridos nas práticas, nos serviços públicos de saúde, pautados em princípios éticos, qualificados para intervenções nas situações de saúde-doença, nos diversos níveis das Redes de Atenção à Saúde, segundo as necessidades e o perfil epidemiológico evidenciado; e,
- c. promover a saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Metodologia

Trata-se de um projeto com uma abordagem propositiva e interventiva, fundamentada na pesquisa científica. O objetivo é buscar alternativas pedagógicas para promover mudanças a longo prazo nas competências socioemocionais dos discentes. Essas competências são identificadas como um problema real na formação de futuros profissionais da saúde. A iniciativa surge da observação de processos e fenômenos que criam contextos desfavoráveis ao cuidado e ao acesso dos usuários na RAS. Esses desafios foram identificados em minha aldeia, nos campos do ensino universitário, da gestão e da assistência à saúde. A espiral construtivista oferece o movimento ideal para a construção de uma intervenção potente, orientando o processo de organização de ações no cenário vivenciado por atores da minha aldeia. Segundo Lima²⁰, na espiral há duas etapas “síntese provisória” e “nova síntese”. Na primeira etapa há o reconhecimento e a tentativa de elucidar o problema, criando-se questionamentos. A segunda etapa incentiva a ampliar o conhecimento científico para ressignificar o aprendizado obtido com as experiências e construir outras informações.

Deslandes²¹ afirma que um projeto, como o próprio termo explicita, representa uma proposta para ser executada no futuro, isto é, a idealização de ações provisórias a serem implementadas, para depois de aplicadas, serem avaliadas na prática, momento em que são passíveis de reformulações. Acerca da metodologia da pesquisa de intervenção, a referida autora também comenta que:

A metodologia científica numa perspectiva de intervenção permite traçar um caminho pavimentado por evidências e saberes já acumulados. Partindo-se do que se constitui como um problema da realidade, o projeto reconstrói este problema empírico à luz dos dados e conhecimentos já disponíveis, definindo-o então como um objeto de estudo e de transformação²¹.

O elemento disparador do processo de teorização e da reflexão para a intervenção é a vivência prática nas visitas técnicas, realizadas ao longo do

semestre, em grupos de discentes, sob a supervisão de docentes-facilitadores, um para cada grupo, com o propósito de conhecerem o funcionamento dos serviços da rede temática de atenção às doenças crônicas de João Pessoa. Os pontos visitados são: o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), representando o atendimento pré-hospitalar móvel às urgências, o serviço de atenção especializada ao pé-diabético, um Centro de Práticas Integrativas e Complementares e um hospital filantrópico.

O desenvolvimento da atividade em sala de aula, após cada visita técnica, inicia com uma conversa informal, visando conhecer os saberes prévios dos discentes sobre um tema proposto, solicitando-se a leitura prévia de um texto, disponível em uma pasta virtual de arquivos, que permite a busca de novas informações e novos significados. Após orientada a dinâmica da atividade em grupo, parte-se para o momento de checar a resposta de uma questão norteadora baseada no que foi observado na vivência prática, para fundamentar as hipóteses levantadas. Então, utiliza-se uma exposição dialogada em cada aula, para teorizar sobre os temas: a RAS, o acesso aos serviços de saúde, a lógica constitutiva da RAS e os princípios e diretrizes do SUS.

A partir de entrevistas feitas aos usuários e aos profissionais, nos serviços visitados, se constrói uma cartografia da RAS. A análise das informações obtidas nas entrevistas permite organizar um fluxograma descritor, segundo o itinerário desses indivíduos na RAS, para dar maior visibilidade aos problemas encontrados por onde o usuário passou em busca de resolver algum problema de saúde. Assim, parte-se do princípio de que dar ênfase a uma situação-problema, manifestada por uma “realidade insatisfatória”, suscitará uma ação de intervenção eficaz, que poderá transformá-la em uma realidade “desejável”²¹.

A atividade foi idealizada a partir do descontentamento de professores, diante das manifestações de desinteresse e timidez dos discentes para participarem ativamente dos debates em sala de aula. Foi deliberada por uma reunião pedagógica de planejamento do semestre letivo, pela necessidade de estimular a participação dos alunos, de modo que, se propôs intervir na situação-problema com o uso da cartografia, objetivando identificar

dificuldades e facilidades encontradas no percurso do usuário em busca de resolver sua demanda em saúde. Formulam-se questões norteadoras, com o propósito de verificar se há vinculação entre o cuidado qualificado e o acolhimento oferecido pelos profissionais de saúde, na garantia do acesso aos serviços da RAS.

Após a análise e evidência da situação-problema, se propõe aos alunos, realizarem uma reflexão para definir as mudanças necessárias para melhorar o acolhimento dos usuários, o acesso a RAS e o cuidado oferecido, em uma roda de conversa. Neste momento, aborda-se o processo de ativação das competências socioemocionais dos futuros médicos durante a graduação. A intenção é contribuir para a formação de profissionais aptos a promoverem uma transformação na realidade encontrada, proporcionando um cuidado aos usuários alinhado com suas necessidades em saúde e com os princípios e diretrizes do SUS. Acredita-se que a construção do conhecimento humano é potencialmente transformadora, ou melhor, “ao transformar o mundo, também nos (re)construímos como sujeitos”²¹.

Segundo a proposta de intervenção, a reflexão será apresentada pelos discentes, em sala de aula, no fim do semestre letivo, como uma avaliação prioritariamente formativa e realização de um feedback para os discentes ao término da apresentação, com foco também na construção das competências socioemocionais. Será sugerido que a reflexão seja apresentada em formato de instalação, infográficos, vídeos ou produção artístico-cultural. A ideia é explorar recursos que estimulem a criatividade e a liberdade de expressão, exercitem a capacidade crítica e promovam o trabalho em equipe de forma proativa. Além disso, busca-se cultivar relações solidárias, respeitosas e éticas.

O propósito é que seja uma atividade desafiante, estruturada como um exercício tradicional, mas de execução diversificada, com os alunos distribuídos em grupos (times), para sentirem entusiasmo em resolver uma situação-problema com a colaboração de todos, e que, diferente dos exercícios comuns, não tenham uma resposta pronta ou facilmente localizável no material de apoio da aula. A atividade ocorrerá ao encerrar toda a sequência de aulas

da disciplina, de modo cumulativo em relação ao conteúdo ministrado em sala de aula. Entretanto, a dinâmica da atividade deve ser flexível, por isso não é cobrado um padrão único de apresentação.

Para avaliar os produtos finais, serão considerados cinco indicadores de atitudes: conscienciosidade (responsabilidade e comprometimento), respeito pelos outros (colaboração), entusiasmo e sociabilidade (comunicação), curiosidade (abertura para o novo) e autocontrole (gestão de emoções). Esses indicadores serão mensurados em gradientes, variando desde o mínimo grau ou nada até o máximo grau ou totalmente. Utilizaremos uma adaptação da ferramenta Social and Emotional or Non-cognitive Nationwide Assessment (SENNA) (em anexo). Esta ferramenta foi desenvolvida para reorientar práticas pedagógicas e políticas públicas e já foi validada para observar o comportamento de alunos do Ensino Fundamental e Médio em escolas que desenvolvem essas competências⁶.

A ferramenta de avaliação é composta por uma matriz para a leitura inicial dos indicadores. Nela são descritas as dimensões das cinco competências, as atitudes esperadas e um exemplo de cada uma delas. Ainda, inclui dois questionários: um destinado à avaliação do docente sobre o aluno e outro para a autoavaliação do discente. O professor marca, no campo correspondente a cada atitude, a avaliação, escolhendo um dos graus, que podem variar do nada ao totalmente, para cada assertiva. O aluno tem um campo específico para fazer sua autoavaliação, também marcando um dos gradientes, desde o nada ao totalmente, segundo o que ele identifica que conseguiu atingir em cada item. Após a aplicação da ferramenta, um feedback individual é feito pelo professor aos alunos do seu grupo, sobre as atitudes que necessitam de uma ativação de mudança positiva, ao longo da formação superior.

No momento em que se planeja incorporar os resultados da Proposta de Intervenção em um projeto de pesquisa, será necessário obter a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Esse processo garante a confidencialidade e a privacidade dos dados coletados, informa os riscos aos participantes e, dada a relevância social do estudo,

compromete-se a promover benefícios aos envolvidos. Por ser atividade de ensino, se enquadra na Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016:

Atividades realizadas com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento, sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, não devem apresentar o protocolo de pesquisa para ser submetido e avaliado pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP²².

Resultados

A formulação de um projeto de intervenção, contextualizado com uma situação-problema relacionada a uma experiência ou vivência prática, pode ser uma valiosa contribuição ao desenvolvimento e expansão da capacidade de observação e interpretação de fatos. Permite criar distintas explicações e promover processos de mudanças nas competências cognitivas e não cognitivas dos participantes. Para além disso, espera-se que o projeto pedagógico da unidade curricular, após a intervenção proposta, estimule a criatividade, a liberdade de expressão, exercite a capacidade crítica e mobilize o trabalho em equipe, com uma postura proativa, com relações solidárias, respeitadas e éticas.

Houve um hiato, que impossibilitou as visitas presenciais aos serviços de saúde, durante as restrições decorrentes da Pandemia de covid-19, porém, a retomada ao presencial possibilitou o retorno às atividades práticas, a produção da cartografia e sua apresentação em equipe. O processo de ensino e aprendizagem da graduação em Medicina, referente a aplicação da proposta de intervenção para o ensino de Atenção Primária em Saúde na Comunidade, foi capaz de ativar mudanças de atitudes na formação dos discentes.

O exercício realizado em equipes tem promovido relações interpessoais proativas, respeitadas e éticas. Estas demonstram uma transformação positiva na atitude dos participantes ao longo do período letivo atual, evidenciada nos debates e apresentações realizadas. Este potencial transformador é focado em ampliar o acesso às RAS e se manifestará ainda mais no futuro, quando esses participantes se tornarem médicos. Quanto ao cumprimento dos

objetivos específicos, a articulação teoria-prática propiciou a integração entre as competências cognitivas e não cognitivas. Observou-se que a cartografia do trajeto dos usuários na RAS teve grande potencial de estimular a reflexão crítica acerca da produção do cuidado, em todas as turmas que a realizaram. A apresentação da atividade, no entanto, segue com a preferência por um formato mais convencional, com slides, imagens, infográficos e vídeos, visto que não foi possível a exibição dos times nos formatos diversificados propostos, como, por exemplo: uma instalação ou uma apresentação artístico-cultural, pois, observa-se que existe um apego às práticas pedagógicas mais tradicionais.

Pelo fato de se trabalhar com a cartografia, uma ferramenta que permite o rastreamento de afetos, de acontecimentos e de encontros, vivenciados com a inserção dos estudantes nos serviços públicos de saúde de vários níveis de atenção, potencializa-se a produção do cuidado médico nas situações de saúde-doença, com os mais variados perfis epidemiológicos. Neste contexto, os conhecimentos passam a ser aplicados nas práticas assistenciais de unidades curriculares que desenvolvem atividades clínicas especializadas. Isso é corroborado pelos relatos de alguns discentes e pelas narrativas dos docentes, que destacam o impacto significativo das experiências proporcionadas pelas atividades extramuros na unidade de ensino de Atenção Primária em Saúde na Comunidade. Idealiza-se que a ativação de mudanças positivas nas competências socioemocionais dos discentes de medicina, aliadas às habilidades cognitivas estimuladas durante a graduação, possam fortalecer, a longo prazo, no futuro médico, atitudes como pensamento crítico, capacidade de colaboração e resolução de problemas. Favorecendo, portanto, a implementação de uma transformação nas Redes de Atenção à Saúde, melhorando o acolhimento e o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Como consequência, promoveria a saúde integral do ser humano, com um senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Conclusões

No atual paradigma do ensino, os docentes envolvidos no processo de ensino-aprendizagem de profissionais da saúde, precisam atuar de modo

diferente ao observado nas práticas pedagógicas de um currículo tradicional, pela necessidade de um comportamento mediador e facilitador da aprendizagem. Essas novas funções requerem educadores com habilidades e atitudes criativas, sem deixar de lado o domínio do conteúdo, uma comunicação adequada ao perfil dos alunos, didática, empenho, desenvolvimento de pesquisas, atualização permanente, organização, autocrítica, bem como aptidão para realizar feedback com os discentes e para correlacionar teoria e prática.

As competências cognitivas sozinhas não garantem o sucesso profissional e pessoal no futuro dos discentes. A associação da dimensão socioemocional, não cognitiva, surge como abordagem capaz de beneficiar o aprendizado significativo e preencher uma lacuna dos campos pedagógico, gerencial e assistencial, na área da saúde. Especializar-se na ativação de mudanças no ensino de profissionais da saúde proporcionou um embasamento imprescindível para facilitar a reflexão a respeito do contexto local onde se vive e se executa a atividade laboral, a partir da observação da própria trajetória e das vivências pessoais e profissionais.

Os espaços destinados à problematização, associados ao aprendizado pela escuta dos demais participantes e o conteúdo científico, disponível na literatura acadêmica, possibilitaram uma construção coletiva, norteadas pela tutoria, nos momentos presenciais e a distância. Todos esses elementos são fundamentais para motivarem a descoberta de um caminho, que possibilite a construção de uma proposta de intervenção, capaz de sensibilizar docentes e discentes a um maior comprometimento com a mudança na atitude profissional e na qualidade do cuidado em saúde.

Referências

1. Santos D, Primi R. Resultados preliminares do Projeto de medição de competências socioemocionais no Rio de Janeiro. Instituto Ayrton Senna. Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. São Paulo: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2014.
2. Lima LCP. Competências socioemocionais na educação: um estudo sobre a sociabilidade requerida pelo capital no século XXI [trabalho conclusão de curso (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2018].

3. Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos -CADRHU. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN; 1999.
4. Neves RA, Damiani MF. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. UNIREVISTA. 2006;1(2):1-10.
5. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2011;32(1):25-40.
6. Instituto Ayrton Senna/Unesco. Competências socioemocionais: material de discussão. São Paulo: Instituto Ayrton Senna/Unesco; 2014. Disponível em: <http://educacaosec21.org.br> (Acesso em 16/Dez/2019).
7. Mello CC, Alves ROA, Lemos SMA. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. Revista CEFAC. 2014; 2015-28.
8. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012;36(1Supl.2):84-92.
9. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/inistério da Educação; 2018.
10. Silva SF, Caleman G, Massaro A. Problemática em cenários autênticos: intencionalidades e estratégias. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde (volume 1). 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 2018.
11. Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde (volume 1). 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
12. Carvalho RS, Silva RRD. Currículos socioemocionais, habilidades do século XXI. Educar em Revista. 2017;63:173-90.
13. Smolka ALB, Laplane ALF, Magiolino LLS, Dainez D. O problema da avaliação das habilidades socioemocionais como política pública: explicitando controvérsias e argumentos. Educ Soc. 2015;36(130):219-42.
14. Delors J, Chung F, Geremek B, Gorham W, Kornhauser A, Manley M, et al. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. In: Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Unesco; 1999.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde: caderno do especializando. 4 ed rev. Brasília: Ministério da Saúde/Fiocruz; 2010.
16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
17. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

19. Montes SS, Souza ACS, Fraga HCJR. O processo de saúde-doença na perspectiva da teoria histórico-cultural de Lev Semyonovich Vygotsky. *Scientia: Revista Científica Multidisciplinar*. 2020;5(2 supl 1):124–140. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/scientia/article/view/7975> (Acesso em 8/Jul/2023).
20. Lima VV. Constructivist spiral: an active learning methodology. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):421-34.
21. Deslandes SF. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção. In: Leitão S, organizador. *Curso de Impactos da Violência na Saúde. Especialização: caderno do aluno*. Rio de Janeiro: Coordenação de Educação a Distância/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016 (seção 1). Brasília: Diário Oficial da União. 2016;24mai. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> (Acesso em 11/Ago/2017).

ANEXOS – Matriz para mensuração dos indicadores

Quadro 1. Social and Emotional or Non-cognitive Nationwide Assessment – SENNA

DIMEN- SÃO	Consciencio- sidade Estabelecimento e alcance de objetivos.	Amabili- dade Respeito e cuidado pelos outros.	Extrover- são Sociabili- dade e entusiasmo.	Abertura Abertura para o novo.	Estabilidade emocional Gestão das emoções.
COMPE- TÊNCIA	Ex: responsa- bilidade.	Ex: colaboração.	Ex: comuni- cação.	Ex: curiosidade.	Ex: Autocontrole.
ATITU- DE	O aluno vai preparado para as aulas; permanece comprometido com seus objetivos mesmo que levem muito tempo para serem alcançados.	O aluno encontra soluções em meio a conflito com os colegas; demonstra respeito pelo sentimento dos outros.	O aluno participa ativamente, encara as atividades com entusiasmo.	O aluno demonstra interesse em aprender, faz perguntas para melhorar a compreensão.	O aluno permanece calmo mesmo quando criticado ou provocado.

Fonte: Instituto Ayrton Senna; UNESCO⁶.

Quadro 2. Matriz para mensuração das atitudes dos discentes

QUANTO VOCÊ ATRIBUI ÀS COMPETÊNCIAS E ATITUDES DO ALUNO AVALIADO	NADA (0)	POUCO (0,5)	MAIS OU MENOS (1,0)	MUITO (1,5)	TOTAL- MENTE (2,0)
Responsabilidade – O aluno se preparou para a atividade; permaneceu comprometido com os objetivos até serem alcançados.					
Colaboração – O aluno encontrou soluções em meio a algum conflito com os colegas; demonstrou respeito pelo sentimento dos outros.					
Comunicação – O aluno participou ativamente, encarou as atividades com entusiasmo.					
Curiosidade – O aluno demonstrou interesse em aprender, fez perguntas para melhorar a compreensão.					
Autocontrole – O aluno permaneceu calmo mesmo quando criticado ou provocado.					

Fonte: adaptado de Instituto Ayrton Senna; UNESCO⁶

Quadro 3. Matriz para autoavaliação das atitudes dos discentes

AVALIE O QUANTO VOCÊ CONSEGUE	NADA (0)	POUCO (0,5)	MAIS OU MENOS (1,0)	MUITO (1,5)	TOTAL- MENTE (2,0)
Responsabilidade – Fazer leitura prévia e apresentar disposição para atividades mais longas e complexas.					
Colaboração – Colaborar e respeitar o colega quando o observa em dificuldade.					
Comunicação – Participar ativamente, encarar as atividades com entusiasmo.					
Curiosidade – Se interessar e fazer perguntas para melhorar a compreensão de um assunto.					
Autocontrole – Permanecer calmo mesmo quando criticado ou provocado.					

Fonte: adaptado de Instituto Ayrton Senna; UNESCO⁶

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIA DE MATRICIAMENTO POR UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Taynara Praisner*

Priscila Gonçalves Josepetti Santili**

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciou seu percurso no fim da década de 1970, com o declive da ditadura militar, época em que os movimentos sociais estavam emergindo, as pessoas com transtornos mentais eram segregadas em hospitais psiquiátricos e a medicalização era o modelo básico de intervenção¹.

O movimento da Reforma “compreende um conjunto de transformações de práticas, de saberes e de valores culturais e sociais”², que proporcionou a criação de uma lei específica para as pessoas com transtornos mentais e introduziu um novo modelo de cuidados no âmbito das políticas públicas, trazendo mudanças na forma como os serviços são estruturados.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde mental da Atenção Especializada em Saúde que foi regulamentado no ano de 2002 por meio da Portaria nº 366. Foi criado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, que realiza, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, podendo se constituir nas seguintes modalidades: CAPS I, para municípios de até 20 mil habitantes, CAPS

* Especialização em Educação Permanente em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. taynarapraisner@gmail.com

** Mestrado profissionalizante em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). São Paulo, Brasil. santilijosepetti@hotmail.com

II, para municípios de até 70 mil habitantes, e CAPS III, para municípios com mais de 200 mil habitantes³. E, também, são categorizados de acordo com a clientela: CAPS TM (transtorno mental), CAPS AD (álcool e drogas) e CAPS i (infantil)³. As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) foram criadas com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no SUS⁴. O CAPS é um dos dispositivos que constituem a RAPS e para que este funcione de uma forma resolutive, em consonância com a rede de saúde, é importante que existam diretrizes que guiem este cuidado, para que todos os atores falem “a mesma língua”.

Neste sentido, uma das ações previstas para serem desenvolvidas pelo CAPS é o matriciamento, também conhecido como apoio matricial. Ele não se limita a encaminhar ao especialista, a um atendimento individual pelo profissional de saúde mental ou à supervisão de caso. O matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. Trata-se de “um novo modo de produzir saúde, no qual duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, elaboram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”⁵.

Por meio desta estratégia, é possível construir uma articulação entre saúde mental e Atenção Primária, além de auxiliar os atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas dificuldades encontradas para concretizarem ações que envolvam a área da Saúde Mental⁶.

De acordo com Medeiros, Nascimento, Pavòn e Silveira⁷ (2016), no contexto da Saúde Mental, a construção de redes possíveis é importante no sentido de impedir a manicomialização de técnicos e usuários, tendo como desafio desvendar as brechas por meio das quais os processos manicomializados continuam a existir nos discursos e práticas que buscam consolidar sua extinção.

Para diminuir as barreiras à efetivação das práticas de cuidado em saúde mental há a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) que, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁸, se configura como aprendizagem no trabalho, isto é, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano de trabalho, possibilitando a transformação das práticas profissionais.

Assim, a EPS pode ser entendida como um instrumento viabilizador de análise crítica e de constituição de conhecimentos sobre a realidade local, proporcionando reflexão contínua e qualificação das ações, no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde⁸.

Diante do exposto, entende-se que uma forma especialmente interessante de colocar em prática a Educação Permanente é por meio do apoio matricial oferecido pelo CAPS aos profissionais da atenção primária⁹. Segundo Figueiredo¹⁰ *et al.*, cada trabalhador tem concepções, valores e ideias acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como este deveria ser realizado. Assim, fomentar discussões e reflexões com estes profissionais acerca do cuidado em saúde mental é fundamental para a efetivação da RAPS.

Rézio, Fortuna e Borges¹¹ levantam um ponto importante para os encontros de EPS realizados no campo da saúde mental, referindo-se ao fato de que a maioria das formações voltadas para a saúde mental são em formato de capacitações, isto é, “são pautadas no modelo biomédico, enfatizando o diagnóstico dos transtornos mentais e tratamentos medicamentosos, além de acontecer de modo descontextualizado do cotidiano do trabalho em saúde”. Dessa forma, em consonância com Rézio, Fortuna e Borges¹¹ (2019), entende-se que as capacitações não são eficazes para possibilitar a mudança da prática e a incorporação de novos conceitos pela descontextualização e por basearem-se apenas na transmissão de conhecimentos em uma perspectiva unidirecional.

Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo consiste em apresentar um projeto de intervenção que tem o intuito de fomentar discussões e reflexões sobre saúde mental entre os profissionais da Atenção Primária e os profissionais do CAPS, por meio da EPS e do apoio matricial. Com isso, para alcançar este objetivo, elencaram-se algumas ações a serem desenvolvidas, como: ampliar a compreensão que os profissionais da Atenção Primária têm sobre os seus processos de trabalho, ampliar a compreensão que estes profissionais têm sobre saúde mental e ampliar a compreensão que os profissionais do CAPS têm sobre os seus processos de trabalho.

Vale destacar que este projeto de intervenção foi estruturado por uma profissional que pertencia à equipe do CAPS I. Esta levantou questionamentos acerca dos encaminhamentos vindos das ESF, os quais eram referenciados apenas ao médico psiquiatra, sugerindo um modelo médico centrado de cuidados, ao invés de direcionados a equipe do CAPS ou à instituição. Assim, surge o problema de pesquisa, a partir de uma demanda encontrada na micropolítica dos processos de trabalho.

Metodologia

Considerando os pressupostos da EPS e do apoio matricial, a metodologia utilizada será a teoria da problematização e a aprendizagem significativa, ambas metodologias participativas e críticas.

Como aponta Cyrino e Toralles-Pereira¹² (2004), a educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, indicando que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real e apoiados nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção. Ainda, para ser significativo, o conteúdo deve relacionar-se a conhecimentos prévios dos atores envolvidos, exigindo destes uma atitude favorável capaz de atribuir significado próprio aos conteúdos que assimila, e do facilitador, uma tarefa mobilizadora para que tal aprendizagem ocorra¹².

Os facilitadores serão os profissionais de CAPS I, pois, com o intuito de unir a prática do matriciamento com o método da Educação Permanente, as ações serão planejadas, executadas e avaliadas pelos profissionais do CAPS. Entende-se que este processo, de construção e desenvolvimento da intervenção, também contribui para a reflexão e mudanças no trabalho dos próprios profissionais do CAPS, pois “a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório”¹².

Abrangência e público-alvo

A intervenção foi planejada para ser executada em um município de pequeno porte, localizado no estado do Paraná que, de acordo com o IBGE, tinha no ano de 2019 a população estimada de 20.522 mil habitantes. O campo de pesquisa será as Redes de Atenção Psicossocial, que é composta por duas unidades de saúde no centro da cidade e três no interior, um hospital, um CAPS I e uma clínica da mulher.

Os atores que se pretende alcançar são os profissionais inseridos nas duas unidades de saúde da área urbana. As unidades abrigam duas ESF cada, portanto, serão desenvolvidos dois grupos, sendo um em cada unidade de saúde com os profissionais que pertencem àquela equipe.

Materiais, recursos e parcerias

Os materiais necessários para a intervenção são: notebook, *datashow*, imagens impressas, questionários impressos, folhas de papel, canetas e quatro caixas, com isso, entende-se que os recursos utilizados podem ser próprios do pesquisador que desenvolverá a intervenção, assim como, podem ser adquiridos em parceria com a gestão do município.

Como relação à parceria de trabalho, é necessário que seja contatada a Secretaria Municipal de Saúde para que se tenha o aval do gestor e este possa auxiliar na articulação com os coordenadores dos serviços onde será realizada a intervenção, sendo possível assim a pactuação sobre a execução dos encontros.

Segundo Barban e Oliveira¹³, na intervenção realizada por eles, a Secretaria de Saúde estava apoiando-os “ao oferecer subsídios técnicos por meio de cursos, textos do Ministério da Saúde, suporte dos secretários, disponibilizando computadores, xérox e veículos para transporte aos locais mais distantes”. Atitude esta que faz diferença no processo de aprendizagem, pois demonstra que há valorização dos profissionais e dos processos de cuidado.

Ainda, devido esta proposta do estudo ser sobre realizar tanto o apoio matricial quanto a EPS, entende-se que há a possibilidade de ocorrer

maior aceitação entre os atores envolvidos, visto que o matriciamento é uma atribuição que deveria estar sendo executada.

Descrição das ações

Nos encontros serão abordados os processos de trabalho das equipes e os conceitos cristalizados sobre as definições de saúde e doença mental, a relação entre normalidade e anormalidade e saúde mental e loucura, proporcionando que sejam (re)definidos. Compreende-se que as definições construídas no nosso processo de aprendizado e aperfeiçoamento profissional influenciam no modo como trabalhamos, pois a nossa atuação é norteadada por nossa ética.

Barban e Oliveira¹³ (2007) relatam sobre a realização de intervenções que foram iniciadas com a sensibilização dos profissionais, para quebrar a estigmatização, trabalhando desde a história da loucura, da reforma psiquiátrica, da psicopatologia, da psicofarmacologia, da violência intrafamiliar e da morte até o morrer. Compreende-se ser interessante que as intervenções em saúde mental iniciem com o histórico e conceitos cristalizados para que então seja possível refletir e mudar as práticas de cuidado.

Dessa maneira, as estratégias e técnicas que serão empregadas para alcançar os objetivos propostos serão: roda de conversa, grupo focal, exposição de conteúdo, discussão de caso e grupo final. Logo, pretende-se realizar, inicialmente, oito encontros com cada grupo, um por mês, durante as reuniões de equipe das unidades de saúde, se possível.

Roda de conversa

Inicialmente será realizada uma roda de conversa projetiva, isto é, uma conversa com disparadores para a discussão, com o intuito de verificar quais conhecimentos os atores já possuem. Os conceitos elencados para a problematização são: o modelo biomédico, a clínica ampliada, a humanização do cuidado e o estigma.

Como aponta o Guia de Matriciamento⁵ (2011), uma das barreiras a ser enfrentada no processo de matriciamento em saúde mental é a de desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo necessário dissociar o conceito de saúde mental do conceito de “doença” mental.

Com isso, os disparados utilizados para a problematização serão: 1. *Brainstorming* sobre a expressão “saúde mental”, será solicitado que falem sobre o que lembram quando se fala sobre esse tema, para que possamos refletir sobre o modelo biomédico e a clínica ampliada; 2. Vídeo sobre eletrochoque: é uma cena do filme *Nise, o Coração da Loucura*ⁱ, para falarmos sobre as formas de tratamento desumanas que eram utilizadas, e refletirmos sobre a importância do cuidado humanizado, o modelo biomédico e a clínica ampliada; e 3. Imagensⁱⁱ de passeatas da luta antimanicomial, na qual as pessoas seguram frases, escritas por elas mesmas, para que seja possível refletir sobre o conceito de estigmatização.

Sobre o *brainstorming*, ou chuva de ideias em português, segundo Minayo¹⁴ (2014), é uma técnica de grupo muito proveitosa voltada para gerar novas informações sobre temas específicos, diagnosticar um problema, discutir conceitos novos e promover o pensamento criativo.

Historicamente há uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com sofrimento mental, visto que, durante a formação, os profissionais têm maior contato com pacientes com transtornos mentais graves e, geralmente, em períodos de crise, acabando por estigmatizar o sofrimento psíquico e julgam-se incapazes de lidar com esse problema⁵.

Entre os profissionais que trabalham na saúde da família, há uma enorme dificuldade em cuidar e apoiar os pacientes com “problemas de saúde mental”, pois, entre outras questões, verifica-se uma tendência em considerá-los “imprevisíveis” e “perigosos”, tornando-os alvo de estigma e conseqüente discriminação social⁵.

Desse modo, a perspectiva da humanização do cuidado, segundo Trad¹⁵ (2006), pressupõe o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, com direitos, interesses e necessidades específicos, bem como, pressupõe a valorização do profissional, do diálogo entre equipes e de uma assistência que valoriza a qualidade técnica

e ética do cuidado. Portanto, “a humanização é entendida como um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional-usuário”¹⁵.

Barban e Oliveira¹³ (2007) relatam que em suas intervenções os encontros variavam de certa resistência passiva no início, ao maior entendimento e envolvimento com as questões de saúde mental e, também, do papel dos profissionais e inserção, como apoio matricial às ESF. Situação essa que é esperada que aconteça, visto que tanto a EPS como o matriciamento, são processos nos quais há resistência.

Grupo focal

Esta etapa será desenvolvida em dois encontros, visando obter informações e aprofundar a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências¹⁴.

A técnica do grupo focal é caracterizada como um tipo de entrevista em grupo a partir de um tema, a qual permite que o processo de interação possa se desenvolver a partir da troca de informações e proporcionar leveza aos participantes ao responderem às questões em grupo, podendo assim gerar as próprias perguntas a respeito do tema em questão ^{17,14}.

De acordo com Kitzinger e Barbour¹⁷ (1999), o grupo focal possibilita um nível de entendimento e reflexão que outras técnicas não exploram, onde as experiências dos participantes são olhadas de forma a não somente perceber o que pensam, mas também como e por quê. Na formação do grupo, os participantes são promovidos a sujeitos ativos, críticos e reflexivos^{18,19}.

No projeto em questão, o critério de inclusão dos participantes é que estes devem ser do mesmo local de trabalho, visto que, no grupo focal, deve-se optar, como critérios de inclusão, por pontos de semelhança entre os participantes^{18,19}. Além disso, estes grupos devem ser formados a partir de seis até 15 pessoas em cada um, dependendo dos objetivos do estudo, pois grupos maiores geram maior número de ideias e grupos menores possibilitam o aprofundamento da temática em discussão^{18,19,14}.

Com relação ao primeiro grupo focal, este terá como instrumento de intervenção um questionário como elemento disparador, de caráter anônimo, composto por quatro questõesⁱⁱⁱ abertas, nas quais o participante responde livremente e da forma que desejar, e seu objetivo é levantar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas¹⁶.

As perguntas que compõem o questionário foram elencadas a partir das discussões entre os profissionais da equipe do CAPS, durante a construção do projeto de intervenção, considerando as crenças, os conhecimentos e as experiências que cada profissional possui na área da saúde mental.

Há o intuito de compreender, junto aos atores, como a saúde mental está inserida em seus processos de trabalho, quais dúvidas têm em relação a este campo da atuação, sobre quais temas de saúde mental gostariam de discutir, o que gostam em seu processo de trabalho e o que não gostam e, em seguida, será refletido sobre as respostas.

A dinâmica para aplicação do instrumento será executada da seguinte maneira: na frente dos participantes haverá quatro caixas, correspondentes a cada uma das quatro perguntas do questionário, e cada participante receberá quatro pedaços de papel, também correspondentes às quatro perguntas do questionário. Em seguida, o facilitador fará a leitura da primeira pergunta em voz alta e será estipulado alguns minutos para que a resposta seja escrita. Quando finalizado, o profissional colocará a resposta em uma das quatro caixas elencada para esta pergunta. Esta mesma ação será realizada, sucessivamente, com cada uma das quatro perguntas.

Após a aplicação do questionário, o facilitador pegará cada uma das caixas e lerá as respostas para agrupar as semelhantes e então levá-las para o grupo. Com isso, após as respostas serem organizadas, o facilitador fará sua leitura e fomentará a discussão. No segundo encontro, as discussões iniciadas serão retomadas.

No que diz respeito ao processo de trabalho, conceito que é o foco da intervenção nesta etapa, entende-se que este é um meio de construção de subjetividades, de estabelecimento de relações e de produção de existência¹¹. De

acordo com Rézio, Fortuna e Borges¹¹ (2019), este tem três elementos: o objeto, no qual o trabalho será aplicado, por meio da utilização de instrumentos, que são formas materiais ou não, com o intuito de alcançar uma determinada finalidade¹¹.

Pode-se dizer que um dos intuitos da EPS é problematizar os elementos que compõem o processo de trabalho, ou seja, repensar o objeto, o instrumento e a finalidade do trabalho em saúde mental. Do mesmo modo, tem-se o matriciamento, que assim como a Educação Permanente, “constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades”⁵.

Discutir a relação saúde-doença na teoria da subjetividade é adotar uma perspectiva baseada na produção de sentidos que considera aspectos históricos, culturais, sociais e individuais. Nessa abordagem, o indivíduo é visto como um sujeito ativo nesse processo. A saúde é compreendida a partir de necessidades individuais, enquanto o adoecimento é entendido em termos de questões sociais, e não apenas individuais. Isso vai além da dissociação entre o objetivo-subjetivo e o concreto-abstrato²⁰.

Segundo Mori e Rey²⁰ a saúde envolve, também, a forma de organização subjetiva do indivíduo que está vivenciando o adoecimento, considerando suas circunstâncias atuais. As quais se relacionam com suas crenças, emoções e sentimentos, que por sua vez interagem com esse momento e que podem ser mudadas ou não devido às suas organizações subjetivas^{20,21}.

Ressalta-se, assim, que os processos de subjetividade social interferem no processo saúde-doença dos indivíduos, o qual se dá devido a diferentes representações sociais e processos em que o sentido se faz presente na produção e nas ações do cuidado à saúde^{20,21}.

De acordo com Martines e Machado²¹ a subjetividade envolvida no cuidado à saúde pode ser percebida e entendida, no cotidiano, a partir dos encontros do indivíduo com os serviços de saúde e pela forma como estes lidam com o processo de promover saúde.

A produção do cuidado, em que se considera o sujeito do cuidado, pode desencadear tensões pela existência de uma visão voltada para o tecnicismo,

o qual permeia o pensar, o produzir e o fazer²¹. Entende-se que o tecnicismo afasta o cuidado do indivíduo do campo da produção de subjetividade, prevalecendo a compreensão da doença como alterações funcionais e não se considera o contexto em que este está inserido e toda a sua complexidade²¹.

Segundo Rézio, Fortuna e Borges¹¹, a reflexão “sobre o processo de trabalho é relevante e pode apontar para caminhos de mudanças não pela imposição do conhecimento ou determinações de práticas, mas pela construção conjunta destas”.

A fim de promover novas concepções e entendimentos na perspectiva do processo saúde-doença, se faz necessário proporcionar espaços terapêuticos, estes definidos como espaços onde os atores podem se colocar subjetivamente, possibilitando discussões acerca de suas dificuldades pessoais com o paciente e sua situação⁵. Espaço este que emergiu durante a intervenção realizada por Medeiros, Nascimento, Pavòn e Silveira⁷, como nos mostra o trecho a seguir: “nos primeiros encontros, apresentava-se uma demanda para escuta terapêutica [...] relataram diversas vivências e demandaram, dos facilitadores, não só formas de compreensão de seu sofrimento, mas, especialmente, a diminuição de sua angústia”.

Segundo Medeiros, Nascimento, Pavòn e Silveira⁷, a demanda por um espaço terapêutico/discussão mostra a dificuldade que técnicos e usuários têm de encontrar espaços adequados para o acolhimento de suas inquietações, angústias e reflexões.

Compartilhamento de conteúdo

Este encontro será organizado a partir dos temas elencados pelos profissionais após a aplicação do questionário. Desse modo, a quantidade de encontros desta etapa dependerá da quantidade de temas elencados e do avançar das discussões. Assim, supõe-se que serão necessários, no mínimo, dois encontros.

Para a sensibilização dos participantes, será realizada a seguinte dinâmica: os atores serão separados em grupos de quatro integrantes e em cada grupo duas pessoas ficarão sentadas, uma de frente para a outra, as quais deverão manter uma conversa, inventada por elas mesmas, por alguns minutos. Enquanto ambas conversam, as outras duas pessoas se posicionam em pé ao lado de uma das pessoas que estão sentadas. As duas pessoas que estão em pé, farão o papel de “vozes na cabeça” da pessoa que está sentada, ou seja, uma delas falará coisas agradáveis e a outra falará coisas depreciativas, ambas cochichando, cada uma em um dos ouvidos de quem está sentado, durante a conversa que está sendo desenvolvida entre os dois participantes. Depois de, em média, dois minutos, as pessoas trocam de papéis até que todos tenham passado por todos os papéis.

Esta dinâmica tem o intuito de sensibilizar os profissionais sobre como é lidar com o sintoma de ouvir vozes e com os sentimentos e os estigmas envolvidos, pois esta é uma das manifestações que podem ocorrer entre as pessoas que possuem sofrimento mental grave, como a esquizofrenia. “Pesquisas de percepção pública apontam que são frequentes as reações negativas – como, por exemplo, de medo e antipatia –, dirigidas a esse grupo, especialmente em relação à esquizofrenia”⁵.

Segundo Medeiros; Nascimento; Pavòn e Silveira⁷, as classificações nosológicas e a ideia de doença mental, surgiram e se modificaram de acordo com mudanças sociais, políticas e de poder, presentes na modernidade. Desse modo, a pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental, distancia-os das reais necessidades da população e a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços especializados¹³.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de forma vertical e hierárquica. Nessa estrutura, há uma transferência de responsabilidade ao encaminhar, e a comunicação frequentemente acontece de maneira precária e irregular. Geralmente, essa comunicação se dá por meio de informes escritos que não proporcionam uma boa resolubilidade⁵.

Discussão de caso

Serão realizados dois encontros para a discussão de casos trazidos pelos profissionais para que possamos refletir sobre seus processos de trabalho. Pretende-se, assim como no matriciamento, proporcionar um espaço de troca no qual os profissionais envolvidos partilhem os diferentes entendimentos e questionamentos que têm dos casos⁵.

No primeiro grupo, inicialmente, será realizada uma dinâmica, na qual cada participante pegará um pedaço de papel que estará virado para baixo, sendo que cada pedaço será a metade de uma figura. Em seguida, cada um terá que encontrar a sua metade da foto e cada dupla falará sobre o que aquela imagem representa para si. No segundo grupo, a dinâmica inicial será uma dança circular. Ambas as dinâmicas serão disparadoras para a reflexão sobre a importância da integralidade e do trabalho em rede.

Após as dinâmicas de abertura, os participantes serão divididos em três grupos, cada grupo irá elencar um caso, ou mais casos a depender do andamento do grupo, que apresentaram dificuldade para manejar e então será discutido em grupo.

Para nortear as discussões, será utilizada a orientação do Guia de Matriciamento⁵, o qual indica alguns dos aspectos que devem ser avaliados, como: 1. O motivo pelo qual aquele caso deve ser discutido, pois muitas vezes não coincide com o motivo pelo qual o paciente ou a família procuraram atendimento; 2. Breve histórico da situação problema, para que seja possível entender o contexto em que se estabeleceu; 3. A situação atual, para que seja possível planejar uma intervenção terapêutica; 4. Rede de apoio existente, desde familiares ou pessoas próximas até serviços comunitários; e 5. Os recursos positivos disponíveis, isto é, o que já existe de recursos terapêuticos que podem ser úteis, pois muitas vezes terapêuticas inalcançáveis são reafirmadas como solução para o problema.

Também é importante levantar nas discussões que o principal objetivo do cuidado é apoiar e aliviar o sofrimento, que as equipes não são responsáveis pela

resolução do sofrimento emocional e dos problemas, mas sim por criar espaços de superação e de reestruturação, utilizando todos os recursos disponíveis⁵.

Assim, a problematização coletiva das ações desenvolvidas é essencial para o acompanhamento dos usuários. Todos os atores envolvidos na dinâmica do cuidado utilizam seus pequenos espaços de autonomia para agir conforme lhes parece correto ou de acordo com seus interesses. No entanto, essa abordagem nem sempre resulta em benefícios para a comunidade¹⁰.

Grupo final

A última estratégia empregada para alcançar o objetivo proposto será o grupo final, intervenção na qual cada profissional deverá escolher uma palavra que represente, para si, como foi a experiência de vivenciar os encontros e o que considera que ficará de aprendizado. Em seguida, quem se sentir à vontade, poderá compartilhar esta reflexão com o grupo.

A intervenção proposta caracteriza-se pela busca da transformação a partir da interrogação dos diversos sentidos cristalizados, possibilitando a produção de conhecimento e de novas práticas em um mesmo momento, ou seja, pode ser entendida como uma pesquisa intervenção¹¹.

Também será realizada a avaliação dos encontros por meio da aplicação de um questionário⁴⁵, com questões mistas, isto é, abertas e fechadas, as quais poderão ser compartilhadas com o grupo caso algum participante tenha interesse¹⁶.

A utilização deste instrumento tem o intuito de ser disparador para reflexão, de contribuir com o planejamento de novos grupos, assim como, para o aprimoramento da atuação dos profissionais do CAPS tanto enquanto facilitadores da intervenção como da atuação destes, enquanto matriciadores em saúde mental. Como apresenta Minayo¹⁴, o questionário, enquanto instrumento na pesquisa qualitativa, pode servir para a sondagem de opinião, visando a iluminar a compreensão do objeto e a estabelecer relações e generalizações.

Com relação à atuação do facilitador, para Rézio, Fortuna e Borges¹¹, no processo de EPS este deve perder a ilusão de que existe um controle, de que é possível tomar para si a responsabilidade do processo, o não controle faz parte do movimento de aprender e pensar coletivamente. Permitir não controlar este processo é importante para a formação baseada na autogestão pelo coletivo, caso contrário, poderá reproduzir o modo instituído de funcionamento das instituições, impedindo a potência criativa e criadora dos coletivos¹¹.

A postura do facilitador tem relação também com a postura dos participantes, porque não é possível controlar a aprendizagem do outro, o que acontece é que os movimentos de EPS nos proporcionam “a capacidade de outrar-se, ou seja, de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos”¹¹.

Como aponta Figueiredo¹⁰ *et al.* (2014) um sistema de saúde pode ser construído com trabalhadores que se responsabilizem por seu trabalho, que estejam dispostos a acolher e cuidar, mas essa disposição precisa ser construída. Caso contrário, o trabalho pode tornar-se fragmentado, levando ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização do profissional¹⁰. A imposição de práticas pode levar o trabalhador a “perder o desejo pelo trabalho à medida que deixa de se reconhecer no produto final do seu processo de trabalho”¹¹.

Por isso, a importância da utilização de uma educação libertadora, significativa e problematizadora, onde os atores se responsabilizam, tenham compromisso e ocupem o lugar de protagonistas no movimento de aprendizagem.

Avaliação e acompanhamento do projeto de intervenção

Segundo a PNEPS⁸, “a avaliação deve se integrar ao processo educativo e ter papel preponderante na orientação de novas ações”. Uma avaliação proposta deve abranger indicadores e metas do processo educacional, considerando a modificação individual dos participantes, e de resultado ou impacto, que deve indicar a modificação que a ação provocará na realidade dos serviços e, portanto, na atenção à saúde da população.

Desse modo, será realizada a avaliação tanto da aprendizagem dos atores envolvidos, quanto da proposta pedagógica, por meio da observação das reflexões elencadas pelos participantes, pela aplicação de um questionário no último grupo e pelas metas que serão estabelecidas.

Sobre o questionário final, este tem o intuito de avaliar a satisfação em participar dos grupos, dar sugestões sobre a metodologia desenvolvida e proporcionar novas problematizações.

Com relação às metas a serem alcançadas, a curto e longo prazo, estas serão: obter a assiduidade dos atores nos grupos, a construção e realização de novos espaços para problematização, a observação de que os processos de trabalho foram (re)organizados, de que a forma dos encaminhamentos mudou, a resolubilidade dos casos acompanhados e a integração entre atenção primária e CAPS. Ou seja, será possível avaliar se o projeto fez diferença na realidade destas equipes por meio da mudança nos processos de trabalho.

Vale ressaltar que este projeto de intervenção se caracteriza como o planejamento para a execução da pesquisa intervenção, a qual se caracteriza por uma investigação social, associada a uma ação que busca a transformações e resolução de problemas comunitários e sociais, sendo o pesquisador e os participantes o sujeito e objeto de conhecimento, envolvidos de modo participativo^{14,11}.

Assim, como se trata de uma pesquisa de intervenção, os resultados da investigação foram discutidos com os participantes à medida que foram produzidos e, ao final, por meio da etapa de avaliação final¹¹.

Resultados esperados

A EPS é uma proposta de aprendizado que proporciona ao trabalhador se tornar protagonista do seu processo de formação, possibilitando construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações dos serviços de saúde, oportunizando transformações das práticas de saúde¹¹. Por isso, espera-se que os atores envolvidos possam ser protagonistas do cuidado que desenvolvem e que seja possível realizar mudanças no olhar destes profissionais acerca do

conceito de saúde mental, das formas de cuidado que estão sendo desenvolvidas e de estigmas com relação aos usuários.

A transformação do olhar para o objeto de trabalho, ou a mudança ético-conceitual sobre o louco, provoca a criação de novos instrumentos apoiados em ações intersetoriais, que buscam a reinserção social e a autonomia dos usuários¹¹. Segundo Rézio, Fortuna e Borges¹¹ a reflexão “sobre o processo de trabalho é relevante e pode apontar para caminhos de mudanças não pela imposição do conhecimento ou determinações de práticas, mas pela construção conjunta destas”.

A aposta desta intervenção é a de fortalecer a EPS e o apoio matricial como norteadores de novas práticas que orientam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades significativas, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem⁸.

Diante do exposto, espera-se que a problematização do cotidiano e dos processos de trabalho seja contínua, tensionando a micropolítica do cuidado no dia a dia e que seja possível demonstrar que com um olhar humanizado e livre de estigma é possível obter resolubilidade no cuidado.

Considerações finais

Os espaços de troca de experiências que podem ser proporcionados pela intervenção não são meros momentos de desabafo ou de troca de informações, mas podem ser momentos de aprendizado e crescimento profissional e pessoal. O objetivo da EPS não é a transmissão de conhecimento, mas o compartilhamento de experiências de forma significativa. Sendo assim, fomentar entre os trabalhadores a reflexão coletiva sobre a saúde mental é o primeiro passo para a construção de uma rede de cuidados integrada, integral e resolutive.

A Educação Permanente pode ser inserida na agenda de trabalho por meio de reuniões de equipe, consultas em conjunto e em conversas informais nos momentos necessários. Todavia, compreende-se que além da construção

de espaços informais, é fundamental proporcionar espaços formais de troca de experiências, para que seja possível a (re)significação dos processos de trabalho.

Assim, considera-se que esses espaços de troca, tanto informais quanto formais, proporcionados pela metodologia da educação permanente e do apoio matricial, não são estabelecidos rapidamente. Eles dependem das relações de poder existentes, das implicações e concepções de cada profissional e também da satisfação que estes têm com o próprio trabalho. Profissionais desmotivados frequentemente não têm energia para abordar os desafios encontrados nos processos de cuidado.

Referências

1. Ferreira G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Jr AG, Mattos RA, editores. Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/LAPPIS/ABRASCO; 2007.
2. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Organização de Serviços no Sistema Único de Saúde para o Cuidado de Crianças e Adolescentes com Problemas de Saúde Mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, editores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2012.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário Oficial da União. 2002;19fev.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2011;23dez.
5. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1687-95.
7. Medeiros GT, Nascimento FAF, Pavòn RG, Silveira FA. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2016;20(57):475-83.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Figueiredo MCB, organizador. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: Ead/Ensp; 2014.
11. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3204.
12. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(3):780-788.
13. Barban EG, Oliveira AA. Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(1):52-63.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Trad LAB [Internet]. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. In: Deslandes SF, editora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
16. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
17. Kitzinger J, Barbour RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: Kitzinger J, Barbour RS, editors. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage; 1999.
18. Debus M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.
19. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. 1999;20(1):5-25.
20. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*. 2012;14(3):140-152.
21. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(2):328-33.

Notas finais

- i. <https://www.youtube.com/watch?v=HpAlmpr1hAo&t=5s>
- ii. Anexo 01.
- iii. Anexo 03.

Anexo 01- Imagens disparadoras para problematização





Anexo 02 - Grupo Focal - Questionário

01. Você acredita que tem algo no seu dia a dia de trabalho que poderia ser feito diferente? Se sim, o quê?

02. Você trabalha com saúde mental no seu dia a dia? Se sim, o que é feito?

03. Você se imagina trabalhando na área da saúde mental? Justifique sua resposta.

04. Quais temas você gostaria de aprender sobre o campo da saúde mental?

Anexo 03 - Questionário de Avaliação

01. Assinale o grau de satisfação com os encontros.

Muito satisfeito	Satisfeito	Neutro	Pouco satisfeito	Insatisfeito
()	()	()	()	()

Comentário:

02. Qual(is) encontro(s) você mais gostou? Assinale quantos entender necessário.

()	Roda de conversa.
()	Primeiro questionário em grupo.
()	Segundo questionário em grupo.
()	Primeiro compartilhamento de conteúdo.
()	Segundo compartilhamento de conteúdo.
()	Primeira discussão de caso.
()	Segunda discussão de caso.
()	Grupo de fechamento e avaliação.

Justifique:

03. Depois dos encontros realizados, você se imagina trabalhando com saúde mental?

04. Quais sugestões você daria para melhorar os próximos grupos?

PRODUÇÃO AGRÍCOLA, COMUNICAÇÃO E SAÚDE: NARRATIVAS SOBRE AGROECOLOGIA E AGRONEGÓCIO

Yasmine Carvalho de Saboya Ribeiro*
Lenir Nascimento da Silva**

Introdução

Este texto é um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Pública (TCC)^{i,ii}, defendido pela primeira autora na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. O objetivo principal do trabalho foi construir um projeto de intervenção que promovesse a produção de conteúdo audiovisual sobre agroecologia a partir das percepções de agricultoras e agricultores do movimento agroecológico. O presente ensaio nasce do feliz encontro de pessoas com preocupações e implicações distintas, reunidas na arena de disputas e de interdependência de saberes, da saúde coletiva. Rediscutimos aqui questões sobre agroecologia e agronegócio, introduzindo o diálogo com Walter Benjamin, sem perder a perspectiva do campo da comunicação e saúde.

No jornalismo, as disputas de narrativas se impõem nas mais variadas pautas e a curadoria dos veículos de comunicação comercial simplifica, demasiadamente, conjunturas complexas. Seja por falta de informação ou pelo impacto de interesses nessa curadoria, quando se trata de agricultura, as mídias jornalísticas fomentam a produção do sentido social da supremacia do agronegócio. Sob essa ótica, a crença de que o agronegócio é um mal necessário, em virtude da necessidade crescente de alimentar populações,

* Especialista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. yasaboya@gmail.com

** Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lenircmj@gmail.com

acompanha diversas trajetórias profissionais no campo. Porém, a emergência da Pandemia de covid-19 evidenciou outro cenário.

De acordo com o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia, 33 milhões de pessoas passavam fome no Brasil em 2022³. Uma situação que contrastava com o crescimento de 32,3% do agronegócio⁴, cujas atividades estavam voltadas prioritariamente para a produção de insumos agrícolas destinados à exportação, ocupando posição central no Produto Interno Bruto do Brasil(PIB) no mesmo ano³.

A partir de abril de 2020, o Canal Saúde/ Fiocruz começou a trabalhar com pautas que relacionavam produção agrícola sustentável e redução de impactos da emergência global. Essa experiência colocou em cena as diferenças entre as propostas da agroecologia e do agronegócio. Os programas abriram um espaço de reflexão acerca dos impactos da agricultura na saúde individual e coletiva, assim como sobre a complexa cadeia que se inicia no plantio e distribuição justa dos alimentos, como resultado da soberania alimentarⁱⁱⁱ.

As questões decorrentes da análise desse processo possibilitaram a construção do presente texto, que relaciona produção agrícola, saúde, fazer jornalístico e democratização da comunicação: é possível considerar que vivemos em uma democracia, se a demanda internacional se impõe sobre as necessidades alimentares regionais da população? Existe soberania alimentar nesse contexto? Existem outras possibilidades para a produção agrícola que atendam à sustentabilidade, seja ambiental, social ou econômica?

O fazer ensaístico nos possibilita abordar criticamente, com base nas nossas experiências, e ampliar a argumentação sobre os conteúdos do projeto de intervenção original. Ao mesmo tempo, permite que nos submetamos à prática proposta às agricultoras e agricultores do movimento agroecológico: construção do próprio conhecimento, com autonomia intelectual⁶.

O conceito de implicação norteia a construção de projetos de pesquisa-intervenção institucionalistas, distinguindo-se por negar a possibilidade de existência de análises neutras e apolíticas. Nessa perspectiva, a implicação é uma indicação dos efeitos da produção coletiva de valores, desejos, crenças,

interesses em cada um de nós⁷. Ao compreender as próprias contradições da instituição como ponto de partida para produção do conhecimento, a concepção nos ajuda a colocar em perspectiva as dimensões dos nossos próprios saberes forjados no fazer do cotidiano institucional, possibilitando o “pesquisar com” como resultado fundamental da pesquisa.

Além da introdução, a presente discussão divide-se em quatro partes. As duas primeiras referem-se aos conceitos de agroecologia e agronegócio, respectivamente. Na seção narrativas, discutimos as duas ideias em diálogo com Walter Benjamin e à luz dos pilares teóricos da comunicação e saúde, em especial as noções de contexto; produção social de sentidos; lugar de interlocução. Nas considerações finais, falamos das expectativas, possibilidades, obstáculos e possíveis desdobramentos do projeto de intervenção, compreendendo as argumentações, incertezas e as novas questões construídas neste texto.

Sentidos sobre agroecologia: saúde, democracia e justiça social

A investigação sobre agroecologia demonstra a complexidade de sua definição. Longe da simplificação que a coloca como um modo de produção livre de agrotóxicos, ou a confunde com o plantio de alimentos orgânicos, agroecologia se relaciona com justiça social. Roselita Vitor, agricultora, articuladora do Polo Sindical da Borborema e liderança da Marcha das Mulheres Pela Vida e Pela Agroecologia, descreveu-a, em 2021^{iv}, como “uma articulação de movimentos com fundamental envolvimento das mulheres camponesas”.

O sentido de agroecologia muitas vezes é colocado como um contraponto da definição de agronegócio, como uma “não mecanização da produção”, ou não utilização de insumos químicos. No entanto, entendemos que sua organização é complexa, assim como as soluções que preconiza. A agroecologia se apresenta como proposta que inclui os âmbitos sociais; soberania alimentar; distribuição de terras e riquezas; além de consumo alimentar seguro. Ela impacta diretamente não somente nos determinantes sociais, mas também na promoção da saúde.

Souza Santos (2015)⁸ ressalta a importância do diálogo entre o saber local e o conhecimento científico, no que se refere à produção agrícola. Igualmente, o autor evidencia que a agroecologia congrega intrincados aspectos com distintos agenciadores dessa produção: econômicos, culturais, sociais, ambientais, éticos. Ele destaca o caráter sistêmico das estratégias agroecológicas, que são capazes de alinhar o fluxo da evolução social e ecológica de forma integrada⁸.

Ao observarmos as inserções propostas pelo movimento da agroecologia, que incluem uma ampla luta por direitos sociais e políticos⁸, esse tipo de produção pode ter efeitos sobre a garantia de direitos e distribuição da riqueza. Na percepção de Paim⁹, a saúde individual e coletiva é influenciada por distintas diligências: emprego; salário; produção e distribuição de riqueza e renda; ambiente; acesso à terra e moradia.

Diante de um desconhecimento geral sobre a agroecologia, alguns autores descrevem sua complexidade. Caldart *et al.*¹⁰ a definem como ciência, chamando a atenção para sua abordagem integrada e para seus princípios ecológicos. Segundo os autores, ambos sustentam o desenho, o estudo e o manejo de agrossistemas culturalmente adequados, produtivos, socialmente justos e factíveis economicamente; assim como a construção de conhecimento para fomentar mudanças de estilos de agricultura. Souza Santos⁸ reconhece na ecologia de saberes, no encontro entre ciência e conhecimento ancestral, o equilíbrio entre a produção agrícola e a preservação do meio ambiente.

É comum localizarmos a conceituação da agroecologia como um contraponto à agricultura industrial, ainda que algumas de suas práticas remetam às mais antigas formas de plantar, colher e distribuir alimentos. Ao contrário, para Petersen¹¹, a agroecologia questiona radicalmente a agricultura industrial, significando não se restringir ao modo de produção, mas incluir a perspectiva do interesse público¹¹. Guhur e Toná¹² consideram a agroecologia um acontecimento recente e ainda em processo de consolidação. Eles a definem como o resultado da sistematização de saberes e técnicas tradicionais advindos de povos originários e camponeses.

Para Nogueira¹³, que disserta sobre as iniquidades e seus impactos na saúde, enfatizar os determinantes sociais da saúde pode trazer benefícios para a população como um todo, desde que eles norteiem a construção e efetivação de políticas sociais e econômicas. Nesse sentido, a literatura demonstra que, na condição de práticas e propostas, a agroecologia engloba uma alteração no modelo econômico, que consiste em mudar a dinâmica mercadológica e questionar a concentração de posses e acumulações na produção, potencializando a transformação de relações de amplo impacto nos determinantes sociais da saúde.

Em se tratando de promoção da saúde, tanto a Articulação Nacional, quanto a Associação Brasileira de Agroecologia, destacam a vasta produção de conhecimento e as interseções do movimento agroecológico com a saúde coletiva¹⁴. Carneiro *et al.*¹⁵ destacam que, no Brasil, 70% dos alimentos consumidos são produzidos pela agricultura familiar, em apenas 24% das terras. Segundo os autores¹⁵ o aumento da geração e da qualidade do alimento, com menor impacto para o ambiente, já foi experimentado, ressaltando, ainda, que a agricultura registra em sua história 10 mil anos de existência e 60 anos de agrotóxicos.

Rigotto *et al.*¹⁶ denominam a agroecologia como o novo paradigma produtivo, enquanto reúne diversos princípios baseados em ecologia de agroecossistemas sustentáveis. A agroecologia pode ser vista como um paradigma científico, considerando as perspectivas dos direitos coletivos e da integralidade de seus novos norteadores – mesmo que sua aplicação seja embasada em saberes e competências específicos, assim como seu enfoque se refira aos contextos ecológicos e culturas singulares¹⁶.

Muitos autores salientam o contraponto entre agroecologia e agronegócio, evidenciando a importância da compreensão da crítica sobre a agricultura mecanizada (advinda da Revolução Verde^v), para o entendimento da agroecologia como um todo. Rigotto *et al.*¹⁶ descrevem o modelo agroecológico como um sistema no qual existe a possibilidade da produção de alimentos de alto valor biológico e saudáveis, em razão do seu cultivo em agroecossistemas isentos de agrotóxicos e transgênicos. Destacam, no entanto, que a falta de

apoio, a ausência de políticas públicas para seu incentivo e a expansão do agronegócio, ameaçam a permanência do modelo nos territórios¹⁶.

Augusto *et al.*¹⁷ chamam a atenção para os equívocos propositais de utilização do termo agroecologia, que redundam na sua redução enunciativa à tecnologia agrícola ou padrão de agricultura ecológica. Por meio dessa prática discursiva, o modo de vida camponês, onde a agroecologia ocupa um lugar distinto, passa a ter uma conotação obsoleta, permitindo a sistematização de intervenções com o intuito de levar a modernidade para o campo¹⁷.

Agronegócio: um mal necessário?

O uso massivo de agrotóxicos coloca o Brasil na posição de maior consumidor do mundo dessas tecnologias, com um bilhão de litros empregados por ano¹⁵. Nesse cenário, Carvalho e Stedile⁵ questionam a persistência da fome em um país que ostenta o tamanho da sua produção e os avanços tecnológicos no campo agrícola. Eles destacam que o aumento da desnutrição e da fome faz parte da evolução de fatores que também resultam no aumento das desigualdades tanto no campo quanto nas cidades. Os autores⁵ também ressaltam que a fome e a desnutrição são resultado das relações sociais e de produção, não um acontecimento natural.

As tensões que acontecem no terreno da geração mundial de alimentos se estendem para grande parte das demandas da economia globalizada. A concentração das matrizes de produção nas mãos de poucas empresas e o foco em mercadorias, que geram lucro e acumulação de recursos para um oligopólio internacional, resultam em controle generalizado de: manufatura de sementes, insumos agrícolas, além da produção e distribuição de alimentos em todo mundo⁵ processo que impacta na soberania alimentar. Para naturalizar esse contexto, a comunicação comercial constrói uma narrativa da hegemonia do agronegócio.

A mercantilização da soberania alimentar e do direito à comunicação são traduzidos por Cordeiro¹⁸ como efeitos da lógica neoliberal, que os trata como artigos de consumo. Ademais, os meios modernos de produção vêm

privilegiar o uso da terra para commodities, que na definição da Carta de Havana^{vi,20}, se qualificam como produtos que passam por processamento para a comercialização, em volume substancial, no comércio internacional.

A tradução da soberania alimentar é uma questão que compreende o direito de populações distintas, em seus países, de produzir o que consomem, garantindo a continuidade do acesso ao longo do ano, de acordo com as características de produção de cada região, necessidades nutricionais e hábitos alimentares⁵. Nesse sentido, a produção e a distribuição de alimentos não devem estar implicadas com exercícios circunstanciais de empresas ou governos estrangeiros, não podendo depender de aspirações políticas particulares ou quaisquer negociações⁵.

Segundo Carneiro *et al.*¹⁵, 33 milhões de brasileiros do campo e da floresta são impactados e vulnerabilizados diretamente pelo agronegócio. Para Pereira²¹ a Revolução Verde é um dispositivo produtor de marginalização da população rural, sendo que suas modificações tocaram em conhecimentos milenares. Isso resultou na promoção de substituições em ciclos naturais e na fragmentação da relação do agricultor com a natureza²¹. Nesse contexto, a diversidade alimentar vem sendo diretamente impactada, com resultados na saúde nutricional coletiva e individual²¹. Boaventura Souza Santos⁸ relaciona questões sociais, de degradação do meio ambiente e problemas de saúde ao processo histórico que nos traz aos resultados de hoje:

Tudo está ligado: a crise alimentar; a crise ambiental; a crise energética; a especulação financeira sobre as commodities e os recursos naturais; a grilagem e a concentração de terras; a expansão desordenada da fronteira agrícola; a voracidade da exploração dos recursos naturais; a escassez de água potável e a privatização da água; a violência no campo; a expulsão de populações das suas terras ancestrais para abrir caminho para grandes infraestruturas e megaprojetos; as doenças induzidas pelo meio ambiente degradado dramaticamente evidentes na incidência de câncer, em certas zonas rurais mais elevada do que em zonas urbanas; os organismos geneticamente modificados; o consumo de agrotóxicos etc.

O autor aponta que estes impactos afetam, sobretudo, os povos tradicionais, como indígenas, quilombolas e produtores da agroecologia, que sofrem com a grilagem de terras, fragilização dos ecossistemas, violência e contaminação do solo por agrotóxicos⁸. Souza Santos⁸ ressalta a força política que viabiliza o apoio estatal, fazendo referência à bancada ruralista e seu poderio econômico⁸. Para Carvalho e Stedile⁵, as políticas públicas voltadas ao abastecimento e alimentação acabam atreladas a lógicas e interesses internacionais da macroeconomia, reafirmando a supressão da soberania alimentar.

Os impactos da industrialização dos alimentos resultantes da Revolução Verde (foco de críticas do movimento pela agroecologia) são sentidos na saúde coletiva. O relatório do Painel Internacional de Especialistas em Sistemas Alimentares Sustentáveis/IPES-Food²² traz os resultados da agricultura industrial e seus impactos: crescimento da fome e da má nutrição; aumento da incidência de obesidade e de doenças vinculadas à alimentação; aniquilamentos de biodiversidade.

Outro documento elenca o discurso⁷ sobre a necessidade da industrialização da produção agrícola, para fornecer alimentação em nível global, como um dos entraves que afirmam a industrialização do campo, independente de seus resultados²⁴. Construção discursiva que invisibiliza a abordagem dos vínculos entre problemas sociais e agricultura, relações de poder, pobreza e acesso a alimentos. O IPES-Food²⁴ também analisa implicações, desafios e caminhos possíveis, visando relações de poder e práticas de geração saudáveis de alimentos. A instituição aponta para a necessidade de estruturar narrativas e termos, sem, no entanto, citar especificamente o papel da mídia na produção de sentidos.

Petersen¹¹ avalia que o modo como as narrativas sobre a segurança e sobre a racionalidade do uso de agrotóxicos são formalmente construídas, determina seu respaldo epistemológico¹¹. A partir da perda do compromisso ético com esse processo, a ciência passa a ter um papel fundamental na elaboração de discursos favoráveis ao agronegócio¹¹. O autor ressalta igualmente os interesses econômicos que cercam certas produções científicas,

que invisibilizam devastações, colocando as vítimas como efeitos colaterais de uma tecnologia apresentada como indispensável¹¹.

Dessa forma, uma retórica reducionista se coloca para a opinião pública como se fosse isenta de interesses, com o apoio de instituições científicas positivistas¹¹. A suposta neutralidade do discurso o imuniza contra os ditos “subjetivismos ideológicos”¹¹.

Para Murtinho e Stevanim²⁵, a construção de uma narrativa hegemônica não acontece necessariamente por domínio de aparatos institucionais estatais ou por meios formais de imposição, mas por interpretações, cultura e formação de consensos. Seja a partir de narrativas midiáticas ou de políticas públicas, a industrialização dos meios de produção é colocada como única solução para suprir em escala necessária a alimentação da população mundial e manutenção da economia.

O IPES-Food²⁴ considera, ainda, a relevância dos aspectos e estruturação de debates em torno dos sistemas alimentares que evoluíram junto ao modelo industrial de produção agrícola, incluindo a forma de compreender os riscos à saúde intrínsecos a ele²⁴. Petersen¹¹ observa que essa abordagem acontece por meio da “retórica da justificação”, que incute a ideia de que qualquer custo para erradicar a fome se justifica: “Embora nem sempre repercutida de forma tão explícita e autoritária, a tese do mal necessário é veiculada cotidianamente pelos meios formadores de opinião pública, criando as condições para que se instaure um clima de salve-se quem puder”¹¹.

Narrativas e produções alternativas de sentidos

Como pensar narrativas que tensionam a ideia posta de que o campo e a agricultura familiar não industrializada representam atraso e ausência de desenvolvimento? Em que medida a forma de construir conteúdo, ilustrar, narrar e editar o tema da produção agrícola no Brasil mantém e fortalece a hegemonia do agronegócio?

Em uma visão benjaminiana, narrativas apresentam possibilidades contraditórias: ao mesmo tempo que trazem consigo o poder da mudança,

podem promover a continuidade de modos de viver. A rapidez de propagação da informação, característica do nosso tempo, reduz distâncias, acelerando transformações nem sempre benéficas. Por outro lado, na condição de práticas de intercâmbio de experiências, as narrativas favorecem a construção de espaços de compartilhamento de visões clássicas do mundo que, assim, podem ser preservadas²⁶.

Importante ressaltar que Walter Benjamin acredita no poder da fala e da escuta cuidadosa, confia especificamente no sujeito que a enuncia. Do mesmo modo, não se pode deixar de destacar que o lugar de fala do narrador, nas produções sociais de sentidos, pode definir a singularidade da abordagem, assim como das próprias práticas de narrativas²⁷.

O diálogo aqui empreendido com o campo da educação e saúde nos faz refletir sobre o domínio da comunicação na determinação de visões e crenças sobre o mundo, o que as autoras chamam de “poder simbólico”²⁷. Isto implica diretamente a construção e operacionalização das políticas públicas, em especial da saúde, pois diz respeito à possibilidade de impor pontos de vista como verdades²⁷.

Nessa perspectiva, diante do que agroecologistas enunciam como esperança de vida e de saúde, tanto do meio ambiente, quanto das pessoas, cabe perguntar: onde está essa temática nos veículos comerciais, sobretudo no jornalismo? O imperceptível da agroecologia contrasta com o barulho ensurdecador do agronegócio. Cordeiro¹⁸ analisa a relação deste último com a mídia. Ela ressalta que a globalização e a hegemonização das narrativas, norteadas pela racionalidade técnico-científica e econômica, levam ao enfraquecimento da capacidade de contextualizar problemas, como a fome e as desigualdades, diminuindo também as chances de alternativas para a produção de alimentos serem colocadas em cena.

O argumento da escassez de alimentos e suprimentos para uma população mundial em franco crescimento apoiou a emergência da denominada Revolução Verde, fundada em tecnologia, mecanização e produtos químicos. Como a Revolução Verde, muitas narrativas midiáticas contemporâneas sobre o agronegócio empregam a teoria malthusiana de forma descontextualizada⁸²⁸, constituindo uma

fantasmagoria da ameaça²⁸. Desse jeito, tanto criam possibilidade para a aceitação dos impactos ambientais, sociais e políticos decorrentes das próprias ações do agronegócio, quanto invisibilizam a importância dos conceitos de agroecologia e de soberania alimentar no contexto nacional e global.

A velocidade massificada da produção e difusão da informação sobre o agronegócio, centrada na lógica do mercado e não do bem comum, vai ao encontro de interesses que reproduzem desigualdades de acesso à saúde e à informação, aos direitos sociais, à participação política e ao lugar de fala²⁷. Segundo Delgado²⁹, o pacto de aceitação fortuita do agronegócio instituiu sentidos sobre sua existência e práticas difíceis de contestar, sendo mediado especialmente pela academia, pela mídia e pela representação política. Essa última constituída, particularmente, pela bancada ruralista do Congresso Nacional.

Murtinho e Stevanim²⁵ dizem que a ameaça imposta pelo uso de narrativas, com elevado potencial de dissimulação dos alicerces da democracia, e a afirmação vigorosa dos valores do mercado, expressam o tensionamento de grandes interesses políticos e econômicos. Nesse sentido, Cordeiro¹⁸ avalia que a série de vídeos “Agro é Pop: a indústria-riqueza do Brasil”, veiculada pela Rede Globo desde 2016, apresenta o agronegócio como essencial para a economia e para o desenvolvimento agrário brasileiros, sem expor as consequências nefastas para a saúde desse modo de produção, em especial do uso de agrotóxicos. Importante destacar que quando há informações sobre o consumo desses produtos nos meios de comunicação, seu uso ganha a conotação de mal necessário¹⁵.

O sucesso do agronegócio e das grandes corporações apoia-se nos discursos sobre a eficiência da produção de alimentos. Sobretudo, a mídia comercial mostra-se fundamental na manutenção da hegemonia de uma narrativa voltada aos interesses do mercado global. Mas, considerando que todos somos comunicadores por essência, como constituir distintas dimensões e outros interlocutores para o enfrentamento do problema da geração de alimentos? Narrativas que contemplam a agroecologia apontam contradições,

anunciando diversas possibilidades de produzir, de comunicar e de viver¹⁸. Postos os desafios e questionamentos acerca da agricultura, cabe refletir se em um contexto democrático não se coloca premente a necessidade de comunicar sobre cada perspectiva existente, suas forças, fragilidades e cenários possíveis, com construção de informações qualificadas e diversificadas.

A discussão aqui colocada, expressa um contexto de desequilíbrio de forças entre atores e narrativas do agronegócio e da agroecologia, na arena de disputas da produção agrícola e da comunicação. No cenário das lutas por diferentes interesses e de diversas contradições, a comunicação e saúde é um campo vinculado diretamente às ações de intervenção social²⁷.

A consolidação da agroecologia como modelo de amplo alcance em diversos campos envolve atores institucionais e movimentos sociais. Guhur e Toná¹² apontam que os impactos da concentração dos meios de produção e de terras voltadas para o agronegócio, além das exportações, emergiram na busca por padrões alternativos e acentuaram o empobrecimento da população rural. Augusto *et al.*¹⁷ ressaltam a potência da agroecologia como referência alternativa ao hegemônico da produção agrícola, compreendendo democratização do campo, promoção da saúde e resposta para questões sociais e ambientais.

No projeto de intervenção proposto no TCC, o fundamental papel da comunicação pública para a democratização da mídia foi ressaltado, na medida em que um canal de televisão do Sistema Único de Saúde (SUS), criado e gerido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi o cenário de nascimento e futura exibição dos produtos audiovisuais planejados. Do mesmo modo, foi valorizada a capacidade das agricultoras e agricultores do movimento agroecológico de encontrar soluções pertinentes, que possam se adequar a contextos específicos, a partir de seus saberes e experiências.

Considerações finais

Discutir o contexto da produção de alimentos no Brasil e no mundo é uma premissa, se considerarmos qualquer objetivo de desenvolvimento, de

acesso à saúde e de valorização da vida. O despertar para a complexidade que envolve a agricultura, e a reflexão sobre seus impactos em tudo que existe, é uma tarefa que exige tempo e envolvimento. Conforme caminhamos nas leituras, a observação incômoda da preponderância de certas narrativas e atores, em detrimento de outros, se tornou inevitável. Não somente a observação de meios de comunicação em geral, mas também do nosso próprio discurso. Por isso, escrever esse texto nos permitiu um doce reencontro pessoal e uma oportunidade formal de repensar criticamente os referenciais propostos no TCC. Outros ângulos, outras contribuições, outras interlocuções.

O diálogo com Walter Benjamin nos permitiu contrapor os sentidos dos discursos sobre agroecologia e agronegócio. Se por um lado, a agroecologia constitui suas narrativas em espaços de trocas de experiências, perpetuando saberes e noções de justiça social, de geração em geração. Por outro lado, o agronegócio ganha notoriedade por meio de produções massivas de informações, veiculadas principalmente pelas mídias comerciais, ofuscando com seu brilho alternativas para a produção agrícola, assim como, ocupando um lugar de produção de sentidos, com pretensões universais. Por sua vez, a lente da educação e saúde foi fundamental para nossa análise das construções de modos de ver e crer no mundo, uma arena de forças que implica a vida das pessoas em distintas dimensões: política, social, econômica, cultural, da saúde.

Ressaltamos que um ensaio é um texto implicado, mais do que isso, é uma tentativa de transformação das nossas próprias verdades, que demanda exercício reflexivo e certa liberdade de escrita. Nesse sentido, ainda que produza concordâncias, permanecerão os espaços de impedimentos, dissonâncias, dessemelhanças. Mesmo assim, esperamos que essa tentativa de reencontrar o projeto de intervenção possa contribuir para sua colocação em prática. Desejamos, também, que a compreensão das argumentações aqui construídas possa fundar novas trilhas e desdobramentos. Para além das certezas, repensar o caminho conceitual de um trabalho gera dúvidas, expectativas, questões. Apesar disso, terminamos com a forte ideia de que aquilo que dizemos e reproduzimos pode mudar o mundo.

Referências

1. Castro BSM, Moreira MCN. (Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(3):e280322. Disponível em: link (Acesso em 06/Jul/2023).
2. Deslandes S F. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção. In: Coordenação de Educação a Distância. *Caderno do Aluno: Curso de Especialização de Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012. Disponível em: link (Acesso em 06/Jul/2023).
3. Rede Penssan. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil; 2022. Disponível em: link (Acesso em 15/Jan/2023).
4. Kreter AC, Pastre R, Servo F, Souza Jr JRC. *Agropecuária Comércio exterior do agronegócio*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022. Disponível em: link (Acesso em 15/Jan/2023).
5. Carvalho HM, Stedile JP. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
6. Castiel LD. *Ensaio fora do tubo: a saúde e seus paradoxos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
7. Lourau R. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes; 1996.
8. Sousa Santos B. Um Olhar Sobre o Dossiê a Partir da Ecologia dos Saberes. In: Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
9. Paim JS. *O Que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
10. Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
11. Petersen, P. Prefácio. In: Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
12. Guhur DMP, Toná N. Agroecologia. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
13. Nogueira RP. Determinantes, Determinação e Determinismo Sociais. *Saúde em Debate*, 2009;33(83):397-406.
14. Articulação Nacional de Agroecologia/Associação Brasileira de Agroecologia. *Cultivando diálogos e convergências: colhendo saúde e agroecologia*. In: Burigo AC, Vaz BA, Londres F, Netto GF, Menezes MAC, Pacheco MEL, Souza NA, Petersen P, organizadores. *Caderno de Estudos Saúde & Agroecologia (volume 1)*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

15. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Escola Política de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
16. Rigotto RM, Porto MFS, Folgado CAR, Faria NMX, Augusto LGS, Bedo CNG, et al. Conhecimento Científico e Popular: Construindo a Ecologia de Saberes. In: Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Escola Política de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
17. Augusto LGS, Carneiro FF, Pignati WA, Rigotto RM, Friedrich K, Faria NMX, et al. Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. In: Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búrigo AC, organizadores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Escola Política de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
18. Cordeiro J. O agrotóxico não é pop: como as narrativas hegemônicas e contra-hegemônicas constroem os processos de comunicação entre campo e cidade. *Revista Mídia e Cotidiano*. 2019;13(2):220-240.
19. Oliveira ITM. A Regulação do Comércio Internacional Agrícola: histórico e perspectivas. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. Disponível em: link (Acesso em 15/Jan/2023).
20. United Nations. Final Act of the United Nations Conference on Trade and Employment. New York: United Nations; 1948. Disponível em: link (Acesso em 09/Jan/2023).
21. Pereira M. Revolução Verde. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. Dicionário da educação do campo. Rio de Janeiro: Escola Política de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
22. International Panel of Experts on Sustainable Food Systems/Ipes-Food. From uniformity to diversity: A paradigm shift from industrial agriculture to diversified agroecological systems. Brussel: IPES-Food; 2016. Disponível em: link (Acesso em 09/Jan/2023).
23. Foucault M. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; 2011.
24. International Panel of Experts on Sustainable Food Systems/Ipes-Food. The global Alliance for the future of food. Unravelling the Food-Health Nexus: Addressing practices, political economy, and power relations to build healthier food systems. Brussel: IPES-Food; 2017. Disponível em: link (Acesso em 09/Jan/2023).
25. Murtinho R, Stevanim F. *Direito à Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
26. Benjamin W. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense; 1987.
27. Araújo S, Cardoso JM. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
28. Carvalho AC, Carvalho DF, Castro AC. Análise sobre crescimento populacional e transição demográfica: limites e divergências. *Conjecturas*. 2022;22(2):845-59.
29. Delgado NG. Commodities Agrícolas. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. Dicionário da educação do campo. Rio de Janeiro: Escola Política de Saúde Joaquim Venâncio. São Paulo: Expressão Popular; 2012.

Notas finais

- i. Consideramos narrativa como uma forma de produção de sentidos, o modo de descrever os acontecimentos, a experiência pessoal e transformar as memórias 1.
- ii. O trabalho de conclusão de curso que originou o presente texto propôs a realização de um projeto de intervenção e experimentação de outras formas de comunicar a vida no campo e os meios de produção agrícola. Em outras palavras, um projeto que se materializa em uma pesquisa-intervenção de inspiração institucionalista. O plano era envolver as Oficinas de Produção de Audiovisual do Canal Saúde, as organizações do movimento agroecológico brasileiro e a Agenda Fiocruz de Saúde e Agroecologia para a realização do projeto. Entendemos projeto de intervenção conforme definição apontada por Deslandes (2012)²: uma proposta, um esboço a ser realizado no futuro, que poderá ser modificado conforme demanda da prática. Especificamente, um projeto que compreenda um objeto disposto como uma “situação-problema” e inclua tanto uma “análise de viabilidade de implementação”, quanto um “plano de monitoramento e avaliação dos resultados”².
- iii. Para conceituar soberania alimentar, tomamos como referência o princípio definido por organizações camponesas no qual o alimento é um direito humano, cuja produção e distribuição são demandas de sobrevivência e, portanto, questão de soberania popular e de Estado⁵.
- iv. O pronunciamento de Roselita foi feito em uma oficina realizada com a participação de integrantes da Articulação Nacional de Agroecologia (ANA), da Associação Brasileira de Agroecologia (ABA) e de profissionais de comunicação do Canal Saúde/Fiocruz, em 29 de outubro de 2021.
- v. Carvalho e Stedile (2012)⁵ relatam que o conceito de Revolução Verde foi fomentado pelos Estados Unidos e pauta-se na crença de que a baixa produtividade agrícola seria a principal causa da fome no mundo. A solução proposta para o problema foi o incremento da produção por meio de dispositivos tecnológicos específicos, como: alteração genética de sementes, utilização de agrotóxicos e inserção de maquinários nos plantios e colheitas.
- vi. O objetivo da Carta de Havana era instituir a Organização Internacional do Comércio (OIC), voltando a agenciar globalmente, no começo do século XXI, o conceito de desenvolvimento¹⁹.
- vii. Tomamos o conceito de discurso da concepção foucaultina como conjunto de enunciados com regras comuns de funcionamento. Enunciados produzidos nas relações saber-poder e com determinações históricas de suas divisões²³.
- viii. No século XVIII, Malthus proclamava um crescimento da humanidade maior que a nossa capacidade de produzir alimentos²⁸.

MANUAL DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM UMA ESCOLA DO INTERIOR DO TOCANTINS

Rosa Paula da Cunha*

Introdução

Este estudo tem por objetivo a criação de um manual com sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) nas práticas docentes em uma escola municipal do interior do Tocantins (TO). Desse modo, foram delineados os seguintes objetivos específicos: observar o nível de apropriação deste manual de sugestões com o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação na escola; verificar quais ferramentas das TDICs são utilizadas no processo de ensino.

O presente estudo tem como problemática: de que maneira as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDICs) contribuem para melhor desempenho dos alunos no processo de ensino-aprendizagem? Na contemporaneidade que vivemos, as tecnologias estão cada vez mais presentes em nossas atividades cotidianas, nesse sentido, nem podemos pensar em não as adotar nas nossas práticas diárias, seja no contexto educacional ou, em nossos modos de relacionar e comunicar com as outras pessoas, estamos em uma sociedade conectada.¹

Nesta perspectiva, inserir as novas TDICs nos processos de ensino-aprendizagem ainda é um desafio para muitas escolas. Neste viés, após visitas informais na referida escola para realizar sondagem sobre a quantidade

* Especialização em Gestão Estratégica na Educação Básica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rosadoamanhecer@gmail.com

e qualidade das TDICs, foi constatado que a escola conta com algumas tecnologias disponíveis.

Nota-se que boa parte dos professores tem dificuldade de manusear as TDICs a favor do processo ensino-aprendizagem. A falta de familiaridade dos professores e gestores com recursos tecnológicos pode resultar em desmotivação dos alunos, aulas monótonas, atraso na divulgação das atividades escolares e um descompasso com a realidade dos alunos. Em algumas áreas, isso pode prejudicar significativamente o ritmo de ensino-aprendizagem. Pretende-se que a conclusão deste manual, repleto de sugestões pedagógicas para a integração das TDICs nas práticas docentes, seja apresentada durante o curso de formação continuada dos professores da escola. Após essa etapa, o material estará disponível para todos os professores e gestores da escola, facilitando a adoção e implementação dessas tecnologias no ambiente educacional. Este manual será feito em duas versões, impresso e virtual, ficará disponível em uma sala virtual da plataforma classroom, ferramenta do Google, com o intuito de apresentar e incentivar a integração dessas sugestões tecnológicas nas práticas docentes, e nas realizações das ações da escola, o que é de grande relevância, pois permite ao docente elaborar aulas mais dinâmicas e contextualizada.

Os autores responsáveis por esta proposta de intervenção são a discente do curso de Especialização em Gestão Estratégica de Investimentos na Educação Básica, com o apoio da gestora da escola. Os sujeitos envolvidos serão: coordenadoras pedagógicas, secretários da escola, alunos, professores e alguns funcionários da Secretaria Municipal de Educação.

Espera-se que quando os profissionais da escola conhecerem o potencial que têm as TDICs – quando é integrada às práticas docentes de forma consciente do seu real sentido, é perceptível seu potencial para auxiliar na produção de conhecimentos dos alunos. No tocante ao estudo, sua relevância está no fato de que ainda na rede municipal da referida escola, não foi criado nenhum manual com sugestões pedagógicas para o uso das TDICs nas práticas docentes. O presente estudo teve como base o método qualitativo, mediante a revisão bibliográfica e documental.

Os autores advertem que “nesse contexto, as Tecnologias Digitais de Comunicação e Informação (TDICs) podem ser extremamente úteis como ferramenta cognitiva desempenhando diferentes papéis, auxiliando tanto o aluno quanto o professor”².

Nesta ótica, evidencia que é preciso que o professor busque sempre atualizar seus conhecimentos para o uso de forma efetiva e produtiva desses recursos, a favor da aprendizagem dos alunos. O professor deve conhecer a importância que as tecnologias educacionais têm como ferramenta que pode auxiliar na aprendizagem dos alunos.

Espera-se que, ao conhecerem o verdadeiro potencial das TDICs e ao integrá-las de forma consciente às práticas docentes, os profissionais da escola percebam o impacto positivo dessas tecnologias na produção de conhecimento dos alunos. Desse modo, os autores assevera que, “o profissional que atua na educação básica precisa ressignificar o trabalho com o uso das novas tecnologias, tecendo um olhar metodológico para a utilização dessa ferramenta didática no processo de ensino e aprendizagem”³.

Nesta perspectiva, a criação deste manual com sugestões pedagógicas para o uso das tecnologias digitais da comunicação e informação no contexto educacional é fundamental. A inserção dessas tecnologias modifica as dimensões de uma aula, incentivando a participação dos alunos, uma vez que são ferramentas presentes no cotidiano deles. Ao professor, cabe saber explorar de forma mais pedagógica esses recursos que estão em poder dos alunos, trabalhar com o WhatsApp para construção do conhecimento, criando grupos para estudos, para debate de determinado conteúdo, por exemplo.

Referencial teórico

Hoje, no contexto escolar, vários empecilhos são levantados quando se trata da integração das TDICs nas práticas pedagógicas, é a falta de equipamento em quantidade suficiente para atender a demanda escolar; falta de manutenção desses recursos; despreparo e desinteresse do profissional para o uso eficiente e eficaz das TDICs a favor da produção de conhecimento;

falta de laboratório de informática com computadores para cada aluno com internet e más condições de uso desses equipamentos.

Dessa forma, é essencial que a gestão escolar aborde esses desafios, garantindo que não interfiram no processo de ensino-aprendizagem. As Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação são recursos didáticos que, quando utilizados de maneira eficaz e adequada, tornam-se grandes aliadas na produção de conhecimento pelos alunos.

Nesse entendimento, os autores advertem:

Em relação aos alunos utilizar ferramentas tecnológicas na escola, se faz necessário por parte do professor a condução de todo o processo de construção dos conteúdos científicos, ou seja, primeiramente os profissionais precisam estar seguros no uso destas mobilidades tecnológicas, para que os alunos possam usufruir destes equipamentos “celulares, tablets”, com objetivos claros de “ensino aprendizagem”, caso contrário os equipamentos são usados pelos alunos com finalidades diversas, menos a aprendizagem dos conteúdos escolares, além de prejudicar colegas e professores.³

Nesta perspectiva, os autores ressaltam a importância do papel do professor na orientação do uso dessas tecnologias pelos alunos. A orientação do professor quanto à condução das tecnologias faz toda a diferença, é neste diálogo que o aluno conhece o potencial das tecnologias, e passa a utilizar de forma consciente para ajudar produzir conhecimentos. Outro aspecto relevante quanto ao uso das tecnologias é que “além de disponibilizar os diferentes meios tecnológicos, que os professores entendam suas especificidades e saibam usá-las como novos recursos pedagógicos”².

Nesse sentido, para o autor⁴ a “formação permanente das educadoras, que implica a reflexão crítica sobre a prática, se funda exatamente nesta dialeticidade entre prática e teoria”⁴. Desse modo, o autor enfatiza que a formação constante do professor é de fundamental importância para sensibilizá-los à reflexão sobre a sua prática.

Em consonância com o autor, este manual será apresentado no curso de formação continuada dos professores da escola no primeiro semestre de

2020, com intuito de servir de meio de consulta na elaboração dos planos de aulas. Nesse sentido,

Cabe salientar que as tecnologias aplicadas, neste contexto escolar, são ferramentas para a construção do conhecimento. Se o professor for agente promotor da construção do conhecimento através de desafios, explorando ideias, compartilhando saberes e utilizando a tecnologia como um meio para essa construção criativa do conhecimento, o aluno terá a oportunidade de mudança em sua postura, tornando-o crítico perante a sociedade. Mas para isso tudo acontecer, o professor deve estar preparado “digitalmente”⁵.

É evidente o quanto o uso adequado das tecnologias aliadas à educação tem um potencial inovador e positivo, no sentido de permitir ao aluno ser o seu próprio autor do seu conhecimento. Logo torna-se necessário que esse profissional se capacite antes, para se sentir seguro para orientar o processo e conduzir o aluno para ser esse construtor.

Para Almeida e Valente, as tecnologias fora do contexto escolar são vistas com familiaridade pelos alunos, como algo prazeroso e dinâmico. Entretanto, no contexto escolar, ainda é algo que não foi incorporado ao fazer pedagógico do professor é visto por alguns com receio, causando certo constrangimento, o que acarreta em desconsiderar a existência das tecnologias no currículo².

Os autores destacam que a integração das TDICs ao currículo é uma tarefa árdua. A simples disponibilização de tecnologias na escola não garante seu uso efetivo. É essencial promover mudanças tanto na estrutura física quanto na formação para o uso das TDICs. Caso contrário, seu uso se limitará apenas ao aspecto instrumental, não aproveitando as diferentes linguagens para potencializar a construção do conhecimento pelos alunos.

O uso de softwares livres vem se tornando cada vez mais comum dentro das instituições públicas. Já vimos que a tecnologia e a educação podem ser aliadas, as duas dialogam de maneira harmoniosa. Que tanto a educação quanto a tecnologia podem se aliar com a arte digital para a construção de uma escola moderna e de qualidade. Mas colocar essa aliança em prática é um desafio que ainda encontra entraves,

que vão desde a formação de professores até limitações financeiras. Quanto ao lado financeiro, a adesão a softwares livres e abertos vem solucionar esta questão, tendo a vantagem de ter acesso gratuito. Além do fator financeiro, os softwares livres oferecem a possibilidade de estimular o protagonismo dos professores e alunos, criando meios para que o professor seja um criador de uma ferramenta a ser utilizada pelos alunos e ensinando-os a como utilizá-la⁶.

Desse modo, o autor ressalta a importância de utilizar *softwares* livres. Um dos pontos positivos está na questão financeira, já que são recursos gratuitos acessíveis tanto para alunos quanto para professores. Dessa forma, os professores poderão explorar essa ferramenta com os alunos na produção de conhecimento, envolvendo todos os estudantes. Essa ideia vem ao encontro do objetivo deste trabalho, que é a construção de um manual elencando algumas sugestões pedagógicas com o uso das tecnologias e dentre elas estão os softwares livres, vídeos aplicativos e outros. Compreende-se o seguinte:

As tecnologias viabilizam a entrada neste mundo mágico da cultura de modo diferente. E novo. E provocador. E por portas que o ensino convencional não atinge. A entrada neste novo universo do conhecimento de forma crítica, organizada, orgânica e mais á percepção do aprendiz só se dá se o projeto pedagógico da escola e do programa do professor assim o dispuser.⁷

De acordo com o que a autora destaca, percebe-se assim, a dimensão pedagógica que as tecnologias proporcionam quando são utilizadas de forma contextualizada no ambiente escolar. Essas abordagens atingem horizontes que os métodos tradicionais focados em livros não conseguem alcançar.

Para Santos⁶ aponta que “as TIC no sistema educacional são de imensa importância para o desenvolvimento das práticas pedagógicas e para os intercâmbios entre os atores da educação (professores, alunos, etc.)”⁶.

Concordamos com o que expõe Santos⁶, as tecnologias educacionais ampliam as formas de metodologias para o professor utilizar em suas aulas. Logo, de acordo com Libâneo (2001)⁸ a escola, enquanto espaço de formação, deve

repensar seus métodos de ensino, para que possa possibilitar aos alunos serem autores/construtores do seu próprio conhecimento, para tanto, precisa romper com a ideia de que é o único espaço de aprendizagem. Hoje, o conhecimento é adquirido em diferentes espaços da sociedade e está vinculado às diversas linguagens existentes, tais como: meios de comunicação, redes sociais e outro⁸.

Contudo, para que o professor realize com êxito o seu trabalho, é preciso ter um bom gerenciamento e controle do manuseio dessa inovação com muito mais flexibilidades. Nessa perspectiva, admite que as novas tecnologias educacionais possam mudar as formas de ensinar e de produzir o conhecimento. Todavia, após a construção deste manual com sugestões de práticas docentes com o uso das tecnologias, este manual será apresentado a gestão da escola em momento oportuno, no encontro de formação continuada da escola, espera-se que os profissionais da instituição consultem este manual no sentido de adotar outras metodologias para dinamizar suas práticas docentes e torná-las mais significativas para os alunos.

Contexto do estudo

O estudo terá como propósito construir um manual com sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação, apresentar e disponibilizar em versão impressa e digital a gestão de uma escola municipal do interior do Tocantins (TO). Atualmente a escola atende 657 alunos do Ensino Fundamental, distribuídos em dois turnos, matutino e vespertino.

Desse modo, o interesse em aplicar essa intervenção nesta escola surgiu a partir de conversas informais com alguns profissionais da instituição e também pelo fato de conhecer várias crianças que estudam ou estudaram lá, entre outros motivos. Foi possível perceber que a escola dispõe de recursos tecnológicos como *data show*, TV, internet e um laboratório de informática, o que foi uma percepção inicial positiva.

Nesse sentido, todas essas informações foram relevantes para perceber que a escola conta com alguns recursos tecnológicos, sendo alguns em más condições de uso, também foi perceptível a falta de familiaridade dos

professores com as tecnologias digitais da informação e comunicação nas práticas pedagógicas, além da falta de formação continuada dos profissionais para o uso das TDICs. Percebe-se que as más condições de uso dos recursos tecnológicos existentes na escola e a insuficiência de tecnologias para atender a demanda escolar, pode contribuir para alunos desmotivados, aulas cansativas, dificuldade no desenvolvimento das ações da escola, e descompasso entre a realidade dos alunos e o ritmo de ensino-aprendizagem da escola.

Com o intuito de contribuir para o processo de ensino-aprendizagem da escola, a aluna do Curso de Especialização em Gestão Estratégica de Investimentos na Educação Básica propôs à gestora da escola uma parceria. Atendendo ao requisito de conclusão do curso, ela elaborou o trabalho de conclusão de curso com a criação de um manual de práticas contendo sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação. O objetivo é beneficiar não apenas a escola em questão, mas também outras instituições interessadas na temática.

Escopo do projeto

O presente estudo teve como base o método qualitativo, mediante a revisão bibliográfica e documental. De acordo com Bogdan e Biklen⁹, “na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”⁹.

Para Gil¹⁰, “a revisão Bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”¹⁰, facilitando a compreensão do tema, tendo em vista que os estudos bibliográficos serão de suma importância para a construção deste trabalho, a partir dos conceitos de autores que discutem o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação na educação.

A implantação deste projeto de intervenção será em uma escola municipal do interior do Tocantins (TO). Com apoio da gestão da escola, tendo como sujeitos envolvidos: os professores, coordenadores pedagógicos,

secretários, alunos e alguns funcionários da Secretaria Municipal de Educação. Para início, foi feito um levantamento bibliográfico que debate acerca das tecnologias educacionais com ênfase em sugestões de práticas para o seu uso.

Foi realizada uma pesquisa documental, para a constatação de documentos e informações existentes relevantes sobre a temática, dentre esses, um estudo do Projeto Político Pedagógico da escola, para verificar como é abordado as tecnologias na perspectiva pedagógica e, posteriormente, um levantamento dos recursos tecnológicos existentes na escola. Desse modo, constata que a:

Pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica¹⁰.

Com as informações levantadas e com o referencial construído, foi possível elaborar o manual com sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação no contexto educacional. Este manual será apresentado à gestão da escola durante o curso de formação continuada oferecido para professores e demais equipes. Na apresentação, será feita uma breve explanação sobre a relevância das tecnologias educacionais quando aliadas ao processo de ensino e aprendizagem escolar. O manual estará disponível tanto na plataforma virtual quanto na escola, facilitando o acesso e consulta pelos profissionais.

Etapas do projeto

Nesta etapa, primeiro será feita a seleção de um estagiário para auxiliar na construção, desenvolvimento e aplicação deste manual. A seleção será feita pela gestão da escola, escolhendo um aluno do 5º ano. A escolha por alunos deste segmento do Ensino Fundamental se deve ao fator idade, pois são alunos que, supostamente, têm mais familiaridade com esses recursos tecnológicos. É

importante lembrar que durante todo o contato do aluno com as tecnologias, ele será monitorado. Com o aluno selecionado, serão distribuídas as atividades para os membros do projeto. A equipe contará, também, com o suporte do técnico de informática do município, essa parceria será feita por meio da articulação da gestora da escola com a secretária municipal de educação.

O propósito da implantação deste projeto de intervenção é criar um manual com sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação. Posteriormente, o manual será apresentado à gestão da escola e, em seguida, entregue aos professores, capacitando-os para o uso dessas tecnologias. O manual será disponibilizado em duas versões: impressa e *on-line*, incluindo a criação de uma sala virtual no Google Classroom.

Quadro 1. Etapas do projeto

Etapa: 1	Etapa: 2
Apresentação e estudo da plataforma Classroom, para o estagiário, gestora, coordenadores, e o técnico de informática, que auxiliará nas atividades.	Seleção dos vídeos, sobre a temática de Português, Matemática, Geografia, Ciências, História e outros assuntos. Seleção de aplicativos, softwares gratuitos e pagos.
Etapa: 3	Etapa: 4
Na sala virtual do Google Classroom, será criada uma pasta para cada temática, contendo sugestões de vídeos para trabalhar em Língua Portuguesa, Matemática, Geografia, História e Ciências. Além disso, haverá uma pasta com diversos vídeos variados. Cada vídeo incluirá um link de acesso ao YouTube.	Na sala virtual do Google Classroom, além das pastas com sugestões de vídeos, haverá também uma pasta dedicada a links de aplicativos úteis para áreas das ciências humanas. Nessa pasta, os professores encontrarão sugestões de software para criar mapas geográficos, ferramentas para elaboração de mapas mentais e aplicativos voltados para o ensino de tabuada e outros conteúdos matemáticos.
Etapa: 5	Etapa: 6
Nesta etapa, será feita toda a estrutura da sala e layout, haverá também uma pequena orientação (versão impressa) de uso da sala, que será entregue aos professores e demais usuários no dia da formação. Será solicitada uma lista com os e-mails dos envolvidos no projeto. Para aqueles que não têm um e-mail ou utilizam um provedor diferente do Google, será criado um e-mail no Google, pois é requisito para acessar a sala virtual possuir um e-mail do Google.	E, por fim, será feita a correção e impressão do manual na versão impressa, serão impressas 40 cópias do manual, sendo uma cópia para ficar na coordenação da escola para consulta local.

Fonte: elaborado pela autora.

Tecnologias utilizadas

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção, que consiste na elaboração de um manual com sugestões pedagógicas para o uso das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação, é necessário dispor de um laboratório de informática. Este laboratório deve contar com aproximadamente 48 computadores em funcionamento, além de acesso à internet, data show, caixa de som, microfone e tela de projeção. O laboratório de informática será agendado para uso de capacitação dos envolvidos no projeto por dois dias da semana, terça-feira e quinta-feira. Também haverá um ônibus disponível para o traslado dos envolvidos no projeto, pois a escola tem uma extensão que funciona em outro local da cidade, o intuito é reunir todos no laboratório de informática para a formação, a disponibilização do ônibus fica a cargo da gestora.

A capacitação para o uso do manual ocorrerá durante o encontro de formação continuada da escola. Dois encontros são suficientes para abordar os conceitos de tecnologias educacionais nas práticas docentes. Em um terceiro dia, os participantes terão a oportunidade de acessar e conhecer a sala virtual, e além de realizar testes nos aplicativos de mapas mentais, construção de mapas de localização, jogos educativos e filmes, que já estarão disponibilizados na sala virtual. Só depois da capacitação presencial com os professores que será impresso o manual.

A expectativa é que com a implantação deste projeto contribua para melhorias da aprendizagem dos alunos e no desenvolvimento das ações da escola, surtindo efeito no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), para avaliação de desenvolvimento da qualidade do ensino da escola.

Resultados esperados

Espera-se que com a elaboração deste manual envolvendo a equipe da escola, com a formação e orientações para o seu uso, sinalizará ganhos positivos na aprendizagem dos alunos, contribuindo para a produção de conhecimentos, no desenvolvimento das ações da gestão, e em outros segmentos da escola.

Espera-se, também, que a aplicação deste manual possa ampliar até as formas de uso de correios eletrônicos, o e-mail, pois um dos requisitos para acessar a sala virtual é a criação de e-mail do Google, ferramenta necessária para a comunicação em rede, que, por exemplo, a rede escolar usa.

Com estas sugestões pedagógicas para o uso das tecnologias, é de grande relevância para dinamizar as aulas. Muitas vezes, alguns profissionais deixam de explorar o potencial desses recursos pedagógicos no planejamento de suas aulas por desconhecer a diversidade de metodologias que podem inserir as tecnologias para tornar as aulas mais dinâmicas e atrativas.

Desse modo, as perspectivas para a aplicação deste projeto são as melhores possíveis, considerando o contexto atual e a presença das tecnologias na vida dos alunos da contemporaneidade. Acredita-se que os benefícios com a distribuição deste manual poderão ultrapassar os muros da escola, auxiliando outros profissionais interessados na temática, já que estará disponível na escola para consulta.

Com a aplicação deste projeto de intervenção, acredita-se que todos os 40 professores que atuam na escola até o presente levantamento, os coordenadores, gestores e secretários escolares participem da capacitação, acessem a sala virtual e aderem às sugestões pedagógicas com o uso das tecnologias, propostas neste manual. Nesse sentido, entende-se que o quantitativo de alunos levantados, que a escola atende com um total de 657 alunos distribuídos nos turnos matutino e vespertino, serão contemplados com os benefícios deste projeto. Isso possibilitará que seus professores elaborem aulas mais dinâmicas e utilizem ferramentas que ampliarão seus conhecimentos. Além disso, os alunos terão a oportunidade de explorar jogos, aplicativos e softwares educativos de forma educativa e produtiva.

Referências

1. Kenski VM. Tecnologia e ensino presencial e a distância. Campinas, São Paulo: Papyrus; 2003.
2. Almeida MEB, Valente AJ. Tecnologias e currículo: trajetórias convergentes ou divergentes? São Paulo: Paulus; 2011.

3. Chiofi LC, Oliveira MRF. Uso das tecnologias educacionais como ferramenta didática no processo de ensino e aprendizagem. In: Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE produção didática – pedagógica (volume 1); 2014. Versão online. ISBN 978858015079-7. Volume. I. Paraná: III Seminário de Pesquisa do CEMAD.
4. Freire P. Professora sim tia não: cartas a quem ousa ensinar. 16 ed. São Paulo: Olho D'água; 1993.
5. Machado FC, Lima MFWP. O uso da tecnologia educacional: um fazer pedagógico no cotidiano. *Scientia Cum Industria*. 2017; 5(2):44-50.
6. Santos PRC. O uso das tecnologias como prática pedagógica emancipatória no ensino da educação de jovens e Adultos. Universidade de Brasília. III Curso de Especialização em Educação na Diversidade e cidadania com ênfase na educação de Jovens e Adultos, 2014-2015.
7. Almeida JF. Computador escola e vida: aprendizagem e tecnologias dirigidas ao conhecimento. São Paulo: Cbzac; 2007.
8. Libânio JC. Adeus professor, Adeus professora? Novas exigências educacionais e profissão docente. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
9. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação: fundamentos, métodos e técnicas. In: Investigação qualitativa em educação. Portugal: Porto Editora; 1994.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.

A OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO RIO DE JANEIRO

Hannah Carolina Tavares Domingos*

Fernanda Elizabeth Sena Barbosa**

Islândia Maria Carvalho de Sousa***

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), de modo geral, contemplam racionalidades em saúdeⁱ e recursos terapêuticosⁱⁱ que envolvem abordagens que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde^{1,2}. A procura por tal cuidado tem sido cada vez maior, devido à preferência pela forma como os usuários se sentem tratados e acolhidos, abrangendo uma abordagem integral, que considera também aspectos psicológicos, sociais, e melhor compreensão da doença e sofrimento. A este conjunto de práticas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) intitula como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI)³.

No Brasil, a entrada das PICS na saúde pública ocorre desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, percorrendo diferentes trajetos até 2018^{4,5}. Embora a PNPIC tenha sido publicada em 2006, iniciativas anteriores já vinham em desenvolvimento no território. Exemplo disto é o estado do Rio de Janeiro (RJ), considerado vanguarda na inserção das PICS no SUS⁶. Legalmente, a institucionalização das PICS no estado do RJ é marcada pelo Programa Estadual de Plantas Medicinais (PROPLAM), criado em 1996 por

* Residente multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. hannah.tavado@gmail.com

** Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. nanda_esb@hotmail.com

*** Pesquisadora titular e docente de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco. islandia@cpqam.fiocruz.br

meio da Lei Estadual n.º 2537/1996 – porém, informalmente presente desde 1988⁷. Contudo, o que isto representa de fato para o acesso da população nos dias de hoje em termos quantitativos há que ser investigado, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS), seu principal lócus de atuação.

A APS é a porta de entrada prioritária nos serviços públicos de saúde e opera a partir de um cuidado longitudinal, próximo às pessoas, com grande potencialidade para ações promotoras de saúde³. Com a institucionalização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS no país se consolidou ainda mais⁸, com foco na integralidade do cuidado e com uma abordagem comunitária e territorializada, favorecendo a incorporação das PICS.

As informações da produção em saúde realizada na APS são reunidas na plataforma do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), segundo o qual se realiza o monitoramento e avaliação a nível municipal, estadual e federal. No Rio de Janeiro, segundo o *Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde* (Relatório de Monitoramento Nacional das PICS nos SIS), foram identificados 74 municípios e 585 estabelecimentos da APS com registro da produção em PICS em 2018⁹.

De acordo com os resultados do segundo ciclo do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básicaⁱⁱⁱ (2013-2014), disponibilizados nos anos de 2016 e 2017, evidenciou-se a oferta de outros tipos de PICS na APS para além das práticas instituídas na PNPIC, mobilizando a inclusão de novas práticas na política, em 2017 e 2018^{10,11}. Todavia, ressalta-se que a PNPIC não contempla provimento financeiro pela União para sua implementação, o que é uma de suas grandes fragilidades^{4,12}.

Ainda que a expansão das PICS na política tenha ocorrido sem uma discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das práticas incorporadas^{4,12}, um ponto positivo foi a criação de variáveis para seu registro, que serviu tanto para a APS como para outros níveis de atenção, fruto da institucionalização gradual da política, possibilitando acompanhar seu progresso a partir dos sistemas de informação em saúde (SIS)¹³.

Os resultados do terceiro ciclo do PMAQ (2015-2017) apontaram a oferta de PICS por meio de avaliação autorreferida. Segundo o Relatório de Monitoramento Nacional das PICS nos SIS, houve um aumento geral do número de registros, nos diferentes níveis de atenção¹³. Dessa forma, subsiste o questionamento sobre a caracterização desta produção nos estados e municípios, bem como, se o incremento da produção em PICS tem relação com a cobertura da APS pela ESF.

Por mais que os dados apontem para o avanço no campo, há um contraponto importante em relação à sua oferta: o estímulo ou não da gestão. Observa-se, normalmente, partir do próprio profissional a atitude de realizar uma capacitação em PICS – dado que a formação de recursos humanos para o exercício de PICS nas graduações do país é insuficiente e difusa^{14,15}. Com isso, este cuidado é prestado mediante iniciativa e disponibilidade de agenda do profissional, que às vezes atua a partir de “acordos informais” com os gestores^{16,17}, sem que haja a institucionalização da oferta – ou seja, se o profissional sai, a oferta finda –, constituindo uma oferta autodependente¹⁸. Seria este o caso do RJ?

Este estudo teve como objetivo analisar a oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na APS do estado do RJ segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ e o registro da produção no SISAB em 2017 e 2018.

Método

O estudo teve abordagem quantitativa, de natureza descritiva e exploratória. Para coleta de dados, foram utilizados dados secundários referentes ao estado do RJ: dados do terceiro ciclo do PMAQ (2015–2017) relativos às Equipes de Saúde da Família; dados de produção de PICS informados no SISAB para 2017 e 2018; e dados de histórico de cobertura da ESF, disponível no sítio: <https://egestorab.saude.gov.br/>.

A avaliação do terceiro ciclo do PMAQ foi aplicada às equipes dos 92 municípios do RJ que aderiram ao programa. A subdimensão que abordou as PICS integra o *Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção*

Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde, item II.29 – Práticas Integrativas e Complementares.

Na APS, as atividades realizadas pelas equipes são registradas no SISAB como atendimentos individuais, procedimentos^{iv} e atividades coletivas^v, ocorrendo o mesmo para as PICS. Portanto, foram utilizados dados que expressam tais registros na APS, doravante denominados “produção”.

O PMAQ coletou informações por meio de entrevistas realizadas diretamente com profissionais de saúde, referido neste estudo como “oferta”. Já os dados do SISAB são captados a partir do registro da produção geral da APS no município, abrangendo diferentes arranjos possíveis de equipes, como as equipes de Atenção Primária, a estratégia de agentes comunitários de saúde, entre outras. Não foi possível diferenciá-las neste estudo, uma vez que os dados estavam agrupados por município. Destarte, para análise, as equipes do PMAQ também foram agrupadas por município.

Devido às divergências no instrumento do PMAQ sobre os tipos de PICS ofertadas, no momento da coleta em 2015, em relação ao que se tornou factível de registro no SISAB a partir de 2017 e 2018, foram analisadas somente as PICS comuns aos dois bancos de dados. Além disso, uma vez que no terceiro ciclo do PMAQ não se avaliou discriminadamente a oferta das PICS constantes na PNPIC 2006, não foi possível verificar a correspondência da oferta destas ao registro.

Em relação à cobertura populacional estimada pela ESF (cobertura ESF) dos municípios do estado, foi utilizada como referência a média das competências de julho, agosto e setembro de 2015 – similar ao período aplicado no PMAQ no qual as equipes deveriam estar ativas no CNES –, calculando-se a média destas três competências para cada município. A média da cobertura ESF do estado foi calculada a partir da média encontrada para os 92 municípios. De maneira semelhante, para o cálculo do total de equipes de Saúde da Família (eSF) do município, observou-se a média de eSF para o mesmo período.

A fim de estimar o percentual das eSF do município que participaram do PMAQ, fez-se o cálculo:

$$\frac{\text{N.º eSF participantes do PMAQ}}{\text{N.º eSF do município}} \times 100$$

Para compreender o que a oferta de PICS representaria em termos percentuais, inferiu-se o que se chamará por “percentual de eSF com oferta de PICS” (apresentado em faixas percentuais), calculado de acordo com o número de eSF ofertantes de PICS relatado no PMAQ em relação ao total de eSF participantes, pela razão:

$$\frac{\text{N.º eSF com oferta de PICS no PMAQ}}{\text{N.º eSF participantes do PMAQ}} \times 100$$

O tratamento dos dados foi realizado pelo Excel (<https://products.office.com/>).

Resultados

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios distribuídos em nove macrorregiões e todos participaram do terceiro ciclo do PMAQ, com um total de 2283 (95%) equipes, das 2392 equipes eSF do estado (Quadro 1). Sobre a produção em PICS no SISAB, foram identificados registros referentes a 77 municípios em 2017 e a 74 em 2018.

Oferta de práticas integrativas e complementares na APS pelas equipes de Saúde da Família

Das 2283 eSF que participaram do terceiro ciclo do PMAQ, 1147 eSF (50%) afirmaram realizar oferta de PICS. Há importante heterogeneidade de oferta entre as regiões e também entre as equipes de uma mesma região, o que sugere que a oferta é mais uma iniciativa do município, ou da região de saúde, do que uma política estadual do RJ.

Na maioria dos municípios houve participação de pelo menos 70% das eSF. A capital Rio de Janeiro apresentou o maior número de equipes de eSF. Destas, 99% participaram do PMAQ, com oferta de PICS em 88%.

Na Tabela 1, observa-se que nos municípios com maior percentual de equipes ofertantes de PICS, sua cobertura ESF é superior a 75% – como Paraíba do Sul, Barra Mansa, Volta Redonda e São José de Ubá. Tais dados sugerem que onde há maior cobertura ESF as PICS possam ser uma qualificação dessa oferta de cuidado na rede. Onde o percentual de oferta de PICS é alto, mas a cobertura ESF é baixa, compreende-se que o acesso da população à ESF seja, em geral, baixo também, no entanto, supostamente, quem acessa a ESF nestes locais tem chance de acessar também serviços com PICS. É o caso de Maricá, Rio de Janeiro e Petrópolis.

Tabela 1. Quantidade de equipes de Saúde da Família participantes do terceiro ciclo do Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica e a oferta de PICS em municípios do Rio de Janeiro, 2015-2017.

Região	Município	Total de eSF no município	Total eSF participantes no PMAQ	% eSF participantes no PMAQ (%)	eSF com oferta de PICS no PMAQ	% eSF com oferta de PICS no PMAQ (%)*	Cobertura ESF (%)
Baixada Litorânea	ARRAIAL DO CABO	8	8	100	3	38	92
Baixada Litorânea	CASIMIRO DE ABREU	11	11	100	1	9	96
Baixada Litorânea	IGUABA GRANDE	9	8	89	1	13	100
Centro-Sul	MENDES	7	7	100	1	14	100
Centro-Sul	PATY DO ALFERES	8	8	100	1	13	100
Centro-Sul	VASSOURAS	14	14	100	2	14	100
Noroeste	SÃO JOSÉ DE UBÁ	4	3	75	3	100	100
Médio-Paraíba	BARRA MANSÁ	39	39	100	35	90	75
Centro-Sul	PARAÍBA DO SUL	17	17	100	14	82	100
Médio-Paraíba	VOLTA REDONDA	61	62	102	49	79	81
Metropolitana 2	MARICÁ	18	19	106	19	100	44

Serrana	PETRÓPOLIS	43	38	88	38	100	50
Metropolitana 1	RIO DE JANEIRO	812	806	99	712	88	43
Estado do Rio de Janeiro	-	2392	2283	95	1147	50	76

Fonte: elaboração própria com base nos dados do terceiro ciclo do PMAQ e da cobertura ESF (<<https://egestorab.saude.gov.br>>, acesso em: 10/10/2020)

*Visto que, para determinados municípios constavam mais eSF no PMAQ do que o total de eSF do município (média do período de adesão/ (re)contratualização), nestes casos o percentual de eSF participantes chegou a ultrapassar 100%;

**Como nem todas as EqSF dos municípios participaram do PMAQ, é possível que haja equipes que ofertam PICS e que não foram consideradas neste cálculo.

***A planilha na íntegra com todos os municípios encontra-se no anexo I.

Os municípios que apresentaram percentuais de equipes ofertantes de PICS na faixa de 61-100% eram de porte populacional variado, sendo eles: Maricá, Barra Mansa, Volta Redonda, Petrópolis, São José de Ubá e Paraíba do Sul (Tabela 1). Destaca-se que Paraíba do Sul (pequeno porte II) e São José de Ubá (pequeno porte I), apesar de apresentarem poucas equipes (17 e 4, respectivamente), possuíam cobertura ESF de 100%.

Com relação às PICS ofertadas no estado e discriminadas no PMAQ, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Auriculoterapia (30%) foi a prática mais relatada pelas eSF, seguida pela Terapia Comunitária (13%) e Shantala (11%).

O registro da produção em práticas integrativas e complementares, segundo o SISAB

Após a caracterização da oferta de PICS pelo PMAQ, analisou-se o comportamento do registro da produção no SISAB para 2017 e 2018. A Tabela 2 apresenta o total da produção realizada no estado para as PICS comuns aos dois bancos de dados. Cabe destacar que este período coincide com a expansão das PICS da PNPIC e o recente estabelecimento de novos códigos de registro.

Tabela 2. Produção (atendimentos, procedimentos e atividades coletivas) em PICS segundo o SISAB. Rio de Janeiro, 2017–2018.

Atendimentos individuais com PICS	2017	2018	Procedimentos de PICS	2017	2018
MTC	2.979	6.205	MTC/Auriculoterapia	4.106	11.681
Homeopatia	2.430	4.775	MTC/Demais procedimentos*	4.036	7.338
Plantas medicinais e fitoterápicos	1.324	1.064	Práticas Corporais da MTC	1.798	5.673
Ayurveda	-	19	Massagem/Automassagem	33	461
Antroposofia aplicada à saúde	4	16	Naturopatia/Naturopatia**	8	201
Outras	70.689	52.782	Reiki	12	139
Total	77.426	64.861	Meditação	17	137
Atividades coletivas com PICS	2017	2018	Massoterapia	20	117
Plantas medicinais e fitoterápicos	632	768	Yoga	1	45
Práticas Corporais da MTC	12	211	Terapia comunitária	3	45
Terapia comunitária	0	120	Quiropraxia	0	14
Meditação	22	59	Arteterapia	0	7
Biodança***	1	14	Dança circular e Biodança***	14	6
Musicoterapia	0	8	Osteopatia	0	3
Arteterapia	4	7	Musicoterapia	131	2
Yoga	3	4	Termalismo social/Crenoterapia	0	0
Massagem/Automassagem	1	1	Total	10.179	25.869
Total	675	1.192			

Fonte: elaboração própria com base nos dados do terceiro ciclo do PMAQ e da cobertura da ESF (REF).

*Os procedimentos eletroestimulação, acupuntura inserção agulhas, acupuntura aplicação de moxa/ventosa de MTC foram agrupados;

**Naturopatia e Naturopatia foram consideradas a mesma PICS na tabela porque o registro do procedimento no SISAB aparece como “tratamento naturopático”;

***Os procedimentos “biodança” e “dança circular” estavam agrupados no registro do SISAB.

A produção em PICS discriminou-se em: atendimentos individuais (AI), atividades coletivas (AC) e procedimentos. Identificou-se um total de 77.426 de AI envolvendo PICS em 2017, com uma redução para 64.842 em 2018. O total de atividades coletivas em 2017, que foi de 675, ampliou-se para 1192 no ano seguinte. Ocorreu o mesmo para o total de procedimentos, com aumento expressivo e superior ao dobro, passando de 10.179 para 25.869, que aparenta estar relacionado à possibilidade de registro pelos novos códigos criados.

Houve aumento para os três tipos de registros envolvendo MTC, sendo estas as PICS com maior aumento em volume de registros, reforçando a difusão desta racionalidade em saúde. Juntos, os procedimentos de MTC representaram 95% do total em 2018. Os AI envolvendo homeopatia também apresentaram um crescimento relevante do registro, que dobrou. Para plantas medicinais e fitoterápicos, observou-se uma redução dos AI e um aumento dos registros referentes às AC.

Dentre as AC, também houve um aumento interessante do registro da Terapia Comunitária no SISAB, porém, apesar de no PMAQ ser a segunda mais relatada pelas equipes (13%), seus registros no SISAB foram inferiores ao número total de equipes ofertantes segundo o PMAQ (347), o que indica que ao longo do ano nem todas as equipes ofertantes registraram ou ofertaram a prática. O mesmo ocorreu para Arteterapia, Biodança, Dança Circular, Quiropraxia, Osteopatia e Musicoterapia – esta última, ainda, com uma redução importante, de 131 para dois em 2018.

Em relação à categoria “outras”, uma consideração expressiva é o fato dessa produção representar 91% do total de AI em 2017 e em 2018, 81%. Em 2018, tanto para esta categoria como para o total geral de AI, observou-se uma redução do registro de maneira proporcional, o que pode estar associado à criação de novas variáveis de registro.

Tem-se observado um aumento gradual dos registros de AC e procedimentos para a maioria das PICS incluídas na PNPIC em 2017 e 2018.

Discussão

Panorama da oferta de PICS no estado do Rio de Janeiro, segundo o PMAQ

Metade das eSF do estado participante do PMAQ afirmaram ofertar PICS. Não obstante, pondera-se que os resultados apontam um retrato da oferta de PICS no estado do Rio de Janeiro relativo ao período da avaliação, ou seja, um momento pontual e autorreferido pelas equipes participantes da avaliação, podendo não refletir a realidade como um todo. Isto não revela a regularidade de sua oferta, o que é relevante para analisar sua inserção, disponibilização e acesso da população. Ademais, o baixo percentual de eSF ofertantes, segundo o PMAQ, na maioria dos municípios, regiões e no estado, sugere que o acesso da população a estes serviços ainda seja escasso, ainda que a cobertura eSF no estado estivesse em 76%.

A cobertura eSF nos municípios cujo percentual de eSF ofertantes de PICS foi elevado, em sua maioria, era superior a 75%. Isto é consonante com os achados de Barbosa *et al.*¹⁸ ao evidenciar que quanto maior a cobertura eSF, mais propícia à inserção das PICS. Nesse sentido, atenta-se que quanto maior cobertura eSF, mais diluída na rede de APS estaria a demanda por atendimento pela população e, com isto, as eSF estariam mais disponíveis para realizar atividades de promoção da saúde e de cuidado envolvendo PICS. Possivelmente, onde há maior cobertura da APS, talvez haja também maior investimento neste nível de atenção à saúde, ampliando a diversidade de cuidados e a probabilidade de inserção das PICS¹⁸.

Sobre a oferta de PICS, apesar do avanço do terceiro ciclo PMAQ em relação ao segundo para a inclusão de mais práticas no instrumento de avaliação utilizado, há limitações pelo agrupamento de PICS – como “Do-in/ Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia”, entre outras. Além disso, não menciona de forma discriminada as PICS já presentes da PNPIC. A coleta de informações sobre as ofertas diferenciadas de cuidado é importante são importantes para que a gestão identifique e desperte a reflexão crítica e analítica para as práticas

realizadas no território. O instrumento também não permite avaliar a maneira como as ações estão sendo implementadas pelas equipes e se são efetivas, limitando a avaliação do acesso e da qualidade do sistema¹⁹.

Apesar de tudo, os resultados do segundo ciclo do PMAQ demonstraram que outras PICS estavam sendo ofertadas no território, podendo ter influenciado a expansão da PNPIC²⁰, com a inclusão de novos códigos de registro. Nesse quesito, o fato de existirem variáveis de registro específicas para cada prática é valioso para o campo das PICS por abrir caminhos para percepção do que está sendo realizado *in loco*. Com isso, permitem uma melhor estruturação de processos de monitoramento e avaliação, essenciais para uma gestão pública de qualidade, fornecendo informações para a formulação de políticas e para o processo de tomada de decisão²¹. Ao estabelecer evidências sobre a efetividade das ações, é possível planejar melhor a alocação de recursos. Nessa perspectiva, os SIS têm a importante função de subsidiar o processo de avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas²².

Da oferta ao registro da produção em práticas integrativas e complementares

O aumento geral do registro verificado no SISAB *a priori*, expressa o aumento da produção dos profissionais que ofertam PICS. Porém, Tesser *et al.*¹² salientam que o crescimento observado nos dados oficiais pode estar associado mais à possibilidade de realizar o registro do que de fato a sua inserção institucional na APS.

Das 22 PICS abordadas diretamente no instrumento do terceiro ciclo do PMAQ (considerando as práticas da MTC Auriculoterapia, Do-in e Shiatsu de maneira global e única), 17 foram incorporadas oficialmente à PNPIC em 2017 e 2018 – são elas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, *shantala*, terapia comunitária integrativa, yoga, aromaterapia, bioenergética e terapia de florais.

Ao refletir sobre a produção em PICS, o primeiro ponto de destaque é sobre como registrar cada atividade que envolve PICS. É preciso identificar os códigos para o registro correto. Segundo o tratamento dos dados do SIS, eles são categorizados como atendimentos individuais (racionalidades em saúde), procedimentos e atividades coletivas, conforme se observa também no Relatório de Monitoramento Nacional das PICS nos SIS, do Ministério da Saúde⁹.

Existe uma gama de PICS em uso e pouca pesquisa sobre sua oferta no SUS e na APS, sendo ainda pouco explorado seu potencial de contribuições para a APS¹². Dentre as dificuldades para se reconhecer sua implantação, destacam-se a insuficiência de dados de produção, limitações no controle destas práticas, formação pouco extensiva e a carência de expertise profissional^{23,24}.

Dito isto, uma questão crucial refere-se ao domínio das variáveis de registro. Embora os resultados do PMAQ evidenciem a oferta de diferentes PICS, comparado ao número de eSF que relataram oferta, o registro de PICS cujos códigos foram recentemente criados ainda é discreto no SISAB. Contudo, identifica-se um crescimento gradual da produção de 2017 para 2018, com a assimilação destes códigos pelas eSF⁹ – publicados nas portarias n.º 404/2016 e n.º 145/2017.

Uma crítica às primeiras portarias da política, n.º 971 e n.º 853, de novembro de 2006, foi o fato de não esclarecerem o que pode ser registrado como PICS, por exemplo, o termo práticas corporais e outras técnicas. A imprecisão conceitual dificultava seu registro e favorecia que fosse realizado de maneiras diferentes, gerando uma fragilidade na institucionalização dessas práticas¹⁷. Acompanhado disso, o monitoramento e avaliação da política foi limitado, com deficiências nos registros dos serviços e limites dos sistemas de informação²⁴.

Assim, com a expansão da PNPIC e a inclusão de procedimentos de PICS à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – ocorrida por meio das portarias n.º 404/2016, n.º 145/2017, e n.º 1.988/2018^{vi} –, espera-se a melhoria gradual na qualidade do registro e monitoramento, visto que também definem melhor as atividades com PICS. Isto requer maior investigação ao longo do tempo para confirmação.

A Terapia Comunitária foi a segunda mais apontada pelas equipes, muito embora, apesar de desde 2016 já possuir código próprio, seu registro em 2017 foi aquém do esperado frente ao número de equipes que afirmaram oferecê-la. Tardamente, em 2018, observou-se o aumento de seu registro. Ao que se deve este crescimento, acaso a oferta não estaria sendo realizada – ou não estaria sendo registrada?

Outro possível reflexo da criação das novas variáveis foi a redução do registro de AI da categoria “outras”, seguido do aumento do número de AC e procedimentos no mesmo ano. Esta hipótese é corroborada no Relatório de Monitoramento Nacional das PICS no SIS⁹. Ainda assim, nota-se um elevado registro desta categoria, o que pode indicar que há diferentes práticas ainda não contempladas na política, ou que é cedo para se observar a absorção dos novos códigos pelos profissionais, sendo necessário acompanhar a produção em PICS por mais tempo para se atestar.

Os dados de produção do estado do RJ verificados no SISAB foram maiores para as PICS que já fazem parte da PNPIC desde sua criação – MTC, plantas medicinais, fitoterápicos e homeopatia –, já em consolidação no SUS há mais tempo²⁴. A exemplo disto, dentre os municípios do estado sobressai o pioneirismo da capital Rio de Janeiro em relação a estas PICS, com a criação do Serviço de Medicina Alternativa na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (Lei n.º 1.162, de 22 de dezembro de 1987), entre outras^{vii}. Ampliando o olhar para o estado do RJ, no desenvolvimento de políticas de PICS no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos, houve a instituição do PROPLAM, em 1996^{viii}. Assim, ao antecipar sua legislação própria, o RJ foi pioneiro no país na inclusão dessa terapêutica²⁵.

O elevado registro para plantas medicinais e fitoterápicos possivelmente se deve ao fato de estarem inseridos nos hábitos culturais da população brasileira. Esse cuidado à base de plantas medicinais é transmitido pelo conhecimento tradicional presente na medicina tradicional indígena, quilombola e de outros povos e comunidades tradicionais. Além disso, é difundido pelo uso popular na medicina popular e pela transmissão oral entre gerações, entre outras

formas no âmbito do SUS²⁶. Um marco significativo de sua institucionalização no SUS é o fato de diferentes fitoterápicos estarem contemplados na lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

A quantidade de registros de procedimentos envolvendo a MTC, mais expressiva ainda, pode estar relacionada à crescente aceitação social da MTC²⁷, institucionalizada no SUS a partir da acupuntura e consolidada há mais tempo que a maioria das PICS²⁸. Sobressaem-se as práticas corporais da MTC, que desde a publicação da PNPIC são as PICS mais difundidas nos serviços de saúde, destacando-se também por sua relação de custo-efetividade²⁹.

O número expressivo de atividades e procedimentos coletivos em PICS revelado no SISAB para o estado do RJ apontam para a aplicabilidade destas práticas coletivas na APS, sendo esta uma de suas grandes potencialidades^{9,24}.

Ao considerar a implementação das PICS, a instituição de políticas municipais que abarquem este tipo de cuidado é um importante movimento para sua legitimação no SUS. No RJ, alguns exemplos de municípios com esse marco legal, de distintas regiões de saúde, são Volta Redonda (2011), Cordeiro (2013) e Três Rios (2019). De maneira mais modesta, o município de Angra dos Reis incluiu ações envolvendo PICS em seu Plano Municipal de Saúde de 2018-2021. Por meio de atitudes como estas, pressupõe-se maior aceitabilidade, apoio e caminhos para a oferta de PICS nos serviços de saúde. Contudo, isto não é uma garantia, por exemplo, embora Cordeiro possua política municipal de PICS e tenha participado do PMAQ, nenhuma eSF manifestou oferta de PICS na avaliação deste terceiro Ciclo.

Tendo em vista os dados do SISAB para as PICS mencionadas no PMAQ, a produção informada ainda é tímida. Caso fosse uma oferta consistente e não profissional-dependente, talvez fosse observado um registro proporcional. Possivelmente, o apoio da gestão tenderia a impulsionar a oferta e o registro. Este é um fator diferencial ao analisar a inserção das PICS, porque quando não há apoio, dificilmente a institucionalização ocorre.

Logo, a oferta de PICS fica restrita à iniciativa do profissional, sendo descontinuada no momento em que este deixar o serviço¹⁸. A configuração

das PICS no estado do RJ performa entre casos como este? Pelo menos nos municípios que institucionalizaram PICS de alguma forma por meio de normativas, o esperado é que a oferta fosse sustentável. Porém, mesmo tendo sua trajetória iniciada na década de 1980, as reflexões são de que prevalecem desafios na oferta e produção em PICS, mesmo que os dados aqui apresentados possam ou não refletir a realidade das eSF na totalidade.

Conforme a natureza de cada prática, são necessários recursos estruturais mínimos. Se a oferta é individual ou coletiva, a disponibilidade de salas/espços é uma questão; da mesma forma ocorre quanto à disponibilidade de profissionais capacitados, o tempo requerido para a realização da prática, os materiais e insumos necessários, todos são fatores cruciais. No caso da homeopatia, fitoterapia, antroposofia, florais, aromaterapia, naturopatia, ayurveda e MTC, em geral, requerem uma programação da assistência farmacêutica local para a aquisição de medicamentos e insumos. Para todas estas ofertas, o apoio da gestão é fundamental^{18,30-32}.

Tendo uma gestão que apoie, espera-se maior articulação e implicação para se conhecer os instrumentos institucionais e obter meios necessários para viabilizar a oferta. Supõe-se também que um gestor interessado pela PNPIC se envolva no monitoramento e avaliação da política e favoreça que os profissionais se mantenham atualizados quanto aos códigos de registro. Contudo, um dos desafios transversais enfrentados pela gestão do SUS é a expertise para tais ações de monitoramento e avaliação – um ponto de inflexão importante a ser superado. Carvalho³³ aponta dentre as principais dificuldades a falta de cultura institucional, a diversidade de instrumentos de gestão, a fragmentação/desarticulação dos sistemas de informação e a baixa capacitação, dentre outros.

Em relação a práticas grupais de PICS, Nascimento e Oliveira³¹ apontam como fragilidade o fato de não serem previstas nos protocolos de atendimento como parte do serviço de saúde, de modo que o trabalho do profissional pareça invisível. Todavia, salientam que recursos coletivos podem favorecer abordagens mais complexas e abrir espaços para discussões, socialização e

quebra de paradigmas, com a participação dos usuários³¹, que vai ao encontro de prerrogativas para o fortalecimento da APS, como a promoção da saúde, a visão ampliada do processo saúde-doença, a integralidade, entre outros.

O estudo realizado por Santos³⁰ apontou dentre os principais motivos ou justificativas declaradas pelos gestores para viabilizar a oferta, a escassez de (1) profissionais qualificados, (2) financiamento e (3) orientação normativa. Na mesma direção, Barbosa *et al.* ressaltam que por mais que as publicações do Ministério da Saúde aludem ao incremento das PICS, recomendações em portarias não são suficientes para a institucionalização e sustentabilidade da política no território, cujos profissionais são os principais atores de sua expansão, em vez de iniciativas da gestão, ainda que sem apoio financeiro e conhecimento dos gestores¹⁸.

Nesse contexto, a Educação Permanente é uma importante estratégia para ampliação dos saberes sobre a PNPIC e as PICS, tanto para profissionais como para gestores, e que contribui para sua concretização e implantação, além de ser um incentivo aos profissionais para melhoria do acesso às práticas nos serviços de saúde³⁴. Tais atividades colaboram também para a reflexão da equipe quanto à lógica do cuidado, com ampliação das possibilidades de abordagem, normalmente, a partir de uma compreensão holística acerca do indivíduo, e favorecem a consolidação da sua oferta na APS.

Mirando o território, quando tais atividades são pensadas com base nas práticas da tradição popular da localidade e no interesse da população, dão sentido ao cuidado por considerar a orientação comunitária³⁵. Estudos nacionais que investigaram a percepção de profissionais e usuários de PICS na APS indicam a satisfação de ambas as partes em relação a seu uso e efetividade²⁸. Isto deve ser amplamente divulgado tanto para a população como para os profissionais.

Assim, para além dos desafios das PICS na APS, tem-se observado a gradativa dilatação do campo e de sua capacidade de apoiar as práticas de cuidado desenvolvidas no SUS, que leva profissionais de saúde a procurarem a formação por si próprios¹⁵. As dificuldades enfrentadas no cenário das

PICS na APS são diversas, variando desde a capacitação dos profissionais, ao conhecimento e demanda pela população, reconhecimento e apoio da gestão, suporte estrutural e de recursos, capacitação para o registro, o registro em si e o monitoramento e avaliação. Sobretudo, o desafio preponderante é a falta de recurso financeiro indutor, que acaba atrelando os demais⁴.

Conclusão

A criação da PNPIC consistiu em um marco fundamental para a institucionalização das PICS no SUS. Para as políticas públicas se sustentarem é importante que haja dados que subsidiem a tomada de decisão. Nesse ínterim, acompanhar os efeitos da oferta de PICS à população pelo monitoramento dos dados do SISAB é uma estratégia de implementação e fortalecimento da política na APS.

A análise identificou oferta de PICS em 47 dos 92 municípios do estado do RJ, relatada por metade das equipes participantes do terceiroº ciclo PMAQ. Porém, o percentual de eSF ofertantes na maioria dos municípios é baixo, mesmo para aqueles com cobertura ESF entre 75 - 100% e que apresentaram maior percentual de oferta de PICS.

O PMAQ apontou para uma oferta de PICS diversificada no estado. A produção do estado do RJ foi majoritariamente composta por PICS presentes na PNPIC em sua origem, com destaque para a MTC. Como a inclusão de novos códigos de registro de PICS é recente, é preciso investigar o comportamento do registro conforme os anos subsequentes.

Espera-se que esta análise sirva para inspirar futuros estudos com vistas a fortalecer a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na APS, onde as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos devem ocorrer principalmente e com as quais as PICS têm bastante a contribuir.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação

- de acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.
2. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://portal.arquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
 3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 abr. 2024.
 4. Silva GKF, Sousa IMC, Cabral MEGS, Bezerra AFB, Guimarães MBL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; 30(1):2-25. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v30n1/0103-7331-physis-30-01-e300110.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
 5. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 1986.
 6. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15(sup):145-176. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
 7. Gomes AMO. Diagnóstico da implantação do programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, nos municípios do Estado do Rio de Janeiro [monografia especialização]. Rio de Janeiro: Instituto de tecnologia em fármacos, Farmanguinhos; 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7719/2/20.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
 8. Corbo AD, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ; 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2024.
 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de monitoramento das práticas integrativas e complementares em saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rio-de-Monitoramento-das-PICS-no-Brasil-julho2020_v1_0.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.
 10. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2024.
 11. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 24 abr. 2024.
 12. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Rio de Janeiro: Saúde em Debate. 2018; 42:174-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174>.

pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/. Acesso em: 24 abr. 2024.
14. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (1): 1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
15. Almeida ER, Carvalho FFB, Sousa ANA. 10 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2017; 8(2): 136-140.
16. Sousa IMC. Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na Atenção Primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação [tese de doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro; 2013.
17. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos F, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 2012; 28 (11):2143-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/14.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
18. Barbosa FES, Guimarães MB, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2020; 36(1):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00208818.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
19. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38:52-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
20. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2024.
21. Cruz MM, Santos EM. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: Matta GC, Moura AL, organizadores. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267-284. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf> >. Acesso em: 24 abr. 2024.
22. Velloso RA. Implantação do prontuário eletrônico na atenção primária no sistema único de saúde: resultado do PMAQ AB 2011 e 2014 [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31506/1/Disserta%20a7%20a3o%20Final%20PDF%20com%20folha%20de%20Aprova%20a7%20a3o.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
23. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Internet]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

24. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Internet]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.
25. Diniz JS, Villas Boas GK. Diagnóstico para Implantação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterapia no Município de Maricá – RJ. Revista Fitos. 2010; 5(1):22-34. [Internet]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16020/2/25.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.
27. Fróio LR. A expansão da medicina tradicional chinesa: uma análise da vertente cultural das relações internacionais [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1837>
28. Silva ED, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. Caderno Saúde Pública. 2013; 29(11): 2186-2196. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/06.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
29. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Nota Técnica PEPIC-RS / DAS Nº 01/2019. Orientações para a inserção de práticas corporais da tradição chinesa na rede de atenção à saúde. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul/Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul; 2019. [Internet]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201905/27095844-nota-tecnica-01-2019-praticas-corporais-da-tradicao-chinesa.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
30. Santos LD. Desafios à oferta de serviços de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde brasileiro [dissertação de mestrado]. Recife: Universidade Federal do Pernambuco; 2017.
31. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estudos de Psicologia. 2016; 21(3):272-281. [Internet]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-94X2016000300272&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 abr. 2024.
32. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev Saúde Pública. 2011; 45:249-57. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2243.pdf>.
33. Carvalho ALB. Desafios e Perspectivas para Institucionalização do Monitoramento e Avaliação no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde [tese de doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

34. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Lunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(11):4239-4250. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n11/1413-8123-csc-24-11-4239.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.
35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. [Internet]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
36. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Internet]. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario>. Acesso em: 24 abr. 2024.

Notas

- i. Enquanto racionalidade em saúde, ou racionalidade médica, considera-se qualquer sistema médico complexo construído segundo seis dimensões: morfologia humana, dinâmica vital, doutrina médica, sistema diagnóstico, cosmologia e sistema terapêutico.
- ii. Os recursos terapêuticos, por sua vez, são meios, materiais ou procedimentos utilizados na promoção e na recuperação da saúde.
- iii. O PMAQ foi um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde cujo principal objetivo foi induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS. Ele propunha um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingissem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Todavia, o programa foi descontinuado.
- iv. Refere-se ao registro de procedimentos a partir de códigos SUS constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (BRASIL, 2020c).
- v. O registro de atividades coletivas realizadas pelas equipes cabe a ações estruturantes para a organização do processo de trabalho, como reuniões da própria equipe de saúde, reuniões com outras equipes de saúde, ou reuniões com outros órgãos, além das atividades de saúde voltadas para a população, como: Educação em Saúde, atendimentos, avaliações em grupo e mobilizações sociais (BRASIL, 2020c). Para as atividades coletivas do tipo “Avaliação/Procedimento Coletivo”, deve ser realizado o registro dos indivíduos participantes.
- vi. A Portaria n.º 404, de 15 de abril de 2016, inclui os procedimentos de auriculoterapia, yoga, massoterapia, oficina de massagem/automassagem, dança circular/biodança e terapia comunitária. A Portaria n.º 145, de 11 de janeiro de 2017, incluiu os de arteterapia, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia e reiki; e a Portaria n.º 1.988, de 20 de dezembro de 2018, os de bioenergética, aromaterapia, terapia de florais, ayurveda, termalismo; tratamentos de MTC, homeopatia, fitoterapia e antroposófico; antroposofia aplicada à saúde; separação de dança circular e Biodança; e exclusão de reiki para inclusão da “imposição de mãos” – mais abrangente –, entre outras.
- vii. Houve ainda a institucionalização da Comissão Especial das Medicinas Tradicionais e Alternativas na Prefeitura do Rio (Decreto n.º 10.074, de 25 de março de 1991); do Núcleo

de Medicina Alternativa nas Unidades Assistenciais de Saúde do Município (Lei n.º 2899, de 25 de outubro de 1999); do Programa de Medicina Alternativa (envolvendo Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia), em 1992; entre outros atos normativos. Encontram-se também experiências de implantação de Farmácias Vivas em Paty de Alferes e Quissamã, com a produção/distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos; dentre outras iniciativas.

- viii. A instituição do PROPLAM) se deu pela Lei n.º 2.537, de 16 de abril de 1996, regulamentada pelo Decreto n.º 23.052, de 16 de abril de 1997 (que também criou o Conselho Estadual de Plantas Mediciniais – CEPLAM). Mais tarde, pela Resolução SES n.º 1590, de 12 de fevereiro de 2001, foi regulamentada a prática de fitoterapia e o funcionamento dos serviços de fitoterapia no estado.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Adelyne Maria Mendes Pereira

Pós-doutorado em Saúde Global pela Universitat de les Illes Balears, Espanha. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Pesquisadora e Coordenadora de Pesquisa do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adelynemendes@gmail.com

Adriana de Holanda

Doutora em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública do Centro de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: adriana.holanda@fiocruz.br

Ana Laura Brandão

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: alaurabrandao@gmail.br

Célia Regina de Andrade

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social pela Universidade

Gama Filho (UGF). Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos (DEMQS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: celia.andrade@fiocruz.br

Denise Cavalcante de Barros

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tecnologista em Saúde Pública do Centro de Saúde Germando Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ. E-mail: denise.cavalcante@fiocruz.br

Gideon Borges dos Santos

Doutor em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Psicologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Graduado em Pedagogia (UESC). Coordenador Geral do Lato sensu e Qualificação Profissional em Saúde da Vice Direção de Ensino (LSQPS/VDE/ENSP/FIOCRUZ). Pesquisador em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: gideon.borges@fiocruz.br

Giselle Goulart de Oliveira Matos

Doutora em Ciências (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Fonoaudiologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA/RJ). Especialista em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador (UFBA). Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Pesquisadora em Saúde Pública (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: giselle.matos@ensp.fiocruz.br

José Wellington Gomes Araújo

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública

(ENSP/FIOCRUZ). Graduado em Medicina pela Universidade do Ceará (UFC). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: jose.gomes@fiocruz.br

Karen Cordovil Marques de Souza

Doutora em Epidemiologia (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Ciências (UERJ). Especialista em Saúde da Família (FIOCRUZ). Graduada em Nutrição (UERJ). Analista Administrativo II da Secretaria do Stricto Sensu (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: karen.souza@fiocruz.br

Lenice Gnocchi da Costa Reis

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestrado em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Residência Médica em Medicina Social (UERJ). Especialista em Planejamento Estratégico de Sistemas de Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: lenice.costareis@gmail.com.

Marcia Teixeira

Doutora em Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ). Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/ FIOCRUZ). Graduada em Ciências Sociais (UFF). Pesquisadora em Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: txmarcia47@gmail.com

Marilúcia Oliveira da Silva

Especialista em Gestão Acadêmica (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Gestão do Trabalho Pedagógico pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Analista Administrativo II da Secretaria e da Coordenação Geral do LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: marilucia.silva@fiocruz.br

Mirna Barros Teixeira

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF/ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora de Ensino do Departamento de Ciências Sociais (DCS/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: mirna.teixeira@fiocruz.br

Roberta Gondim de Oliveira

Doutora em Sociologia pela Universidade de Coimbra, Portugal. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pesquisadora e Coordenadora de Ensino DAPS (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: robertagondim@ensp.fiocruz.br.

Valeria Teresa Saraiva Lino

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Medicina (UERJ). Pesquisadora do Centro de Saúde Germano Sinval Farias (CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ). E-mail: valeria.lino@fiocruz.br

Vilma Valeria Fonseca Brito

Especialista em Planejamento, Implantação e Gestão da EAD (UFF). Graduada em Letras pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Analista Administrativo II da Secretaria e Coordenação Geral LSQPS (VDE/ENSP/FIOCRUZ) Rio de Janeiro (RJ). E-mail: vilma.brito@fiocruz.br

SOBRE OS AUTORES

Ana Claudia Mendes de Andrade e Peres

Doutora em Comunicação pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
Jornalista da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)

Ana Valéria Melo de Almeida

Especialista em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente pela
ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Biomedicina pela Faculdade Meta (FAMETA)

Aracely Gomes Pessanha

Mestre em Atenção Primária à Saúde pela Universidade Federal do Rio
de Janeiro (UFRJ)
Especialista em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária
pela ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e
Gerontologia (SBGG)
Graduada em Serviço Social pela UFF
Assistente Social da Prefeitura de Macaé

Bruna Ernandes Nascimento

Especialista em Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no
Ensino da ENSP/FIOCRUZ
Especialista em Educação Inclusiva pela Faculdades Integradas Campos
Salles (FICS)
Graduada em Biologia pela Universidade Metodista de São Paulo
(UMSP)

Professora da Rede Pública de São Paulo

Camila Zamban Miranda

Mestre em Saúde da Família pela Universidade do Estado de Montes Claros (UEMC)

Especialista em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Médica da Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar (EMAD) no município de Serro/MG

Professora da Faculdade de Medicina da UFVJM, Diamantina/MG

Tutora do Grupo Especial de Supervisão em Roraima (GES-RR) no Programa Mais Médicos para o Brasil.

Clarice Miranda de Carvalho

Especialista em Saúde da Família pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Claudia Aparecida dos Santos Tatagiba Rocha

Especialista em Traumato-Ortopedia pela Universidade Iguazu (UNIG)

Especialista em Saúde da Família pela UNIG

Especialista em Educação física e promoção da saúde pela Fundação Universitária de Itaperuna (FUNITA)

Especialista em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária pela ENSP/FIOCRUZ Especialista em Dor para Fisioterapeutas pela Faculdade Vanguarda

Graduada em Fisioterapia pela UNIG

Fisioterapeuta da Atenção Básica no Município de São José de Ubá-RJ.

Fisioterapeuta da Atenção Básica no município de Bom Jesus do Itabapoana-RJ

Cynthia Conceição Schmidt Campanati

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência pela UFRJ

Graduada em Psicologia pela UFRJ

Daiane Mayara Alves

Mestre em Ciências pela Faculdade de Odontologia de São Paulo (FOUSP)

Especialista em Dentística pela FOUSP

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS e Universidades Federal de São Paulo (UNASUS-UNIFESP)

Especialista em Gestão de Redes de atenção á Saúde pela FIOCRUZ

Especialista em Educação Permanente pela FIOCRUZ

Graduada em Odontologia pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Odontóloga da Prefeitura Municipal de Registro- SP

Dyanna Jóia dos Santos de Carvalho

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Plínio Leite (CUPL)

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Daniela Muzi

Graduada em Jornalismo pelo UERJ

Jornalista do Instituto de Comunicação e Informação Científica e

Tecnológica em (ICICT/FIOCRUZ)

Ernani Costa Mendes

Doutor em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

Mestre em Ciências Biológica e Doenças Parasitárias (UNIG)

Especialista de Fisioterapia em Oncologia (ABFO/Coffito)

Fisioterapeuta no Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos/CNPq

Everson Rach Vargas

Doutor em Psicologia pela UFF

Graduado em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Professor adjunto do Departamento de Psicologia (UFF)

Flávia Carotta

Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP

Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela USP

Doutora pelo Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde pela USP

Graduada em Fonoaudiologia pela CUSC

Assistente Técnica de Saúde Pública na DSR-I-SP

Gabriel Rodrigues Mardegan

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ)

Graduado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP)

Participa do Núcleo de Políticas Públicas NUPPs-USP

Gilson Jácome dos Reis

Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Servidor Público e Especialista em Gestão de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro.

Hannah Domingos

Especialista em Gestão da Atenção Básica e em Saúde da Família (residência) pela ENSP/FIOCRUZ.

Graduada em Farmácia pela UFRJ

Consultora Técnica do Ministério da Saúde na Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Jaqueline de Carvalho Rinaldi

Pós-Doutora pela UNESP/Botucatu, UIC/Chicago e UEM/Maringá

Doutora em Biologia celular, estrutural e funcional pela UNESP/Botucatu

Mestre em Ciências pela USP/São Paulo

Especialista em Periodontia com Habilitação em Laserterapia pela AMO/UEM

Especialista em Tecnologias Educacionais pela FIOCRUZ/RJ

Graduada em Odontologia pela UNIPAR/Umuarama

Docente Colaboradora do Programa de pós-graduação em Biotecnologia e Fisiopatologia da UEM/Maringá

Jeane Gomes Ribeiro

Especialista em Educação Permanente pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Geografia pela Faculdade Vale do Acaraú

Agente de Combate a Endemias da Prefeitura Municipal de Anápolis - GO

José Jair Brandão

Especialista em Gestão, Coordenação, Planejamento e Avaliação Escolar pela UNINTA

Graduado em Letras com habilitação em Língua Inglesa pela Universidade Estadual Vale do Acaraú
Coordenador Pedagógico na Escola ETI Maria Dorilene Arruda Aragão

José Wellington Gomes Araújo

Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ
Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Pesquisador em Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos (DEMQ/ENSP/FIOCRUZ)

Juliana Veiga Cavalcanti

Doutora em Ciências pela UERJ
Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Docente EBTT do Instituto Federal do Rio de Janeiro Campus Realengo.

Karla Kristine Dames da Silva

Pós-Doutorado pela UFPE
Doutora em Ciências pela UERJ
Mestre em Ciências pela UERJ
Especialista em Docência para a Educação Profissional, Científica e Tecnológica pelo Instituto Federal de Pernambuco(IFPE)
Especialista em Ativação de Processos de Mudança no Ensino Superior em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ
Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Docente IFPE

Lenir Nascimento da Silva

Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana pela UERJ
Mestre em Saúde Materno-infantil pelo Instituto Fernandes Figueira

(IFF/FIOCRUZ)

Graduada em Medicina pela UFRJ

Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

Lilian Miranda

Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp

Graduada em Psicologia pela USP

Pesquisadora em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ

Michelle Guiot Mesquita

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/ FIOCRUZ

Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFECTRJ)

Monique Pfeifer Rodrigues da Silva

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Especialista em Impactos da Violência na Saúde pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Psicologia pela UFRN

Docente na UFRN

Natália Martins Laurino

Residente no Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Graduada em Nutrição pela UERJ

Priscila Gonçalves Josepetti Santili

Mestre profissionalizante em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

Especialização em Educação de Adultos na Perspectiva da Educação Popular pela UFRGS

Graduada em Odontologia pela Universidade de Marília (UNIMAR)
Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Marília, atuante na
Estratégia de Saúde da Família

Quésia Ferreira da Silva

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em
Saúde da Família pela (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Enfermagem pela Universidade Veiga de Almeida (UVA)
Enfermeira do Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro (SMS/
RJ)

Ranulfo Cavalari Neto

Mestre em Saúde Coletiva pela UFF
Professor de Educação Física da Rede Municipal de Educação de
Maricá-RJ.

Regina Claudia Barroso Cavalcante

Doutora em Saúde Coletiva pela UFC
Mestre em Saúde Pública pela UECE
Graduada em Psicóloga pela UFC

Regina Lúcia Monteiro Henriques

Doutora Saúde Coletiva pela UERJ
Mestre em Enfermagem pela UFRJ
Graduada em Enfermagem pela UERJ
Professor Adjunto da UERJ

Renata Pires Pesce

Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Mestre em Saúde da Criança e da Mulher (IFF/FIOCRUZ)
Graduada em Psicologia pela UERJ

Renata Ruiz Calicchio

Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Graduação em Psicologia pela UFRJ

Pesquisadora da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPJV/ENSP/FIOCRUZ)

Ricardo Burg Ceccim

Pós-Doutor pela Università degli Studi di Parma (UNIPR), Itália

Pós-Doutor pela Università Rovira i Virgili (URV), Espanha

Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Mestre em Educação pela UFRGS

Graduado em Enfermagem pela UFRGS

Professor colaborador convidado do Erasmus Mundus Master Anthropology and Global Health (EMAGLOH), Espanha

Rita de Cássia Pacheco de Moraes

Especialista em Estudo da Linguagem pela Faculdade Saberes, em Educação Profissional Integrada à Educação Básica na Modalidade EJA pelo IFES

Especialista em Tecnologias Educacionais para a prática docente no ensino da Saúde na escola pela ENSP/FIOCRUZ

Professora de Inglês do Fundamental I da Prefeitura de Vitória, Espírito Santo (ES)

Rosa Paula da Cunha

Especialista em Ensino de Humanidades pelo Instituto Federal Goiano

Especialista em em Gestão Estratégica de Investimentos na Educação Básica pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Samara Cristina Santos Castro Moreira

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Serviço Social pela UFRJ

Assistente Social das Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro

Sibele Cristina Ribeiro

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB)

Graduada em Farmácia pela UNITRI

Graduada em Biologia pela UFU

Professora da Rede Pública Municipal de Uberlândia/MG.

Sibele Pontes Rocha

Mestre em Saúde da Família pela UFC

Especialista em Tecnologias Educacionais para Prática Docente no Ensino da Saúde na ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Luciano Feijão (FLF) na Disciplina de Teoria e Prática em Saúde Mental

Sofia Sayuri Yoneta

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ

Especialista em Gestão da Atenção Básica na ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Nutrição pela USP

Graduada em Saúde Pública pela USP

Terapeuta nas terapias integrativas e complementares na CNPICS-MS

Sophia Rosa Benedito

Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)

Especialista pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ)

Especialista em Gestão da Atenção Básica (ENSP/FIOCRUZ)

Gerente de Ensino e Produção do Conhecimento (FeSaúde/Niterói)

Graduada em Nutrição pela UFES

Suely Coelho Tavares da Silva

Mestre em Ciências da Nutrição pela UFPB

Especialista em Saúde da Família pela SBMFC/AMB

Especialista em Pediatria pela SBP/AMB

Graduada em Medicina pela UFPB

Professora Adjunta de Medicina na UNIPÊ.

Valeria Teresa Saraiva Lino

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Graduada em Medicina pela UERJ

Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Coordenadora do curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (ENSP/ FIOCRUZ)

Taynara Praisner

Especialização em Educação Permanente: Saúde e Educação em uma perspectiva integradora pela ENSP/FIOCRUZ

Especialização em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro Oeste(UNICENTRO)

Psicóloga da Organização da Sociedade Civil – Prudentópolis-PR

Thayna dos Santos Miranda

Especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela (ENSP/FIOCRUZ)

Graduada em Odontologia pela UFRJ

Integrante do Projeto de Avaliação da resolutividade do atendimento oferecido pelo Centro e Especialidade Odontológica (CEO) em conjunto com a Clínica da Família Adolfo Ferreira de Carvalho

Yasmine Carvalhal de Saboya Ribeiro

Especialista em História do Rio de Janeiro pela UFF

Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ

Coordenadora e Apresentadora de Jornalismo do Canal Saude/FIOCRUZ

Graduada em Jornalismo pelas Faculdades Integradas Hélio Alonso

Graduada em Direito pelas Faculdades Integradas Hélio Alonso

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-112-0



9 786554 621120