



# **Desenvolvimento do Trabalho e Formação na Saúde: diálogos e artesanias**

Míriam Thais Guterres Dias  
Organizadora

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

**Curso de Especialização**  
**Educação em Saúde Coletiva:**  
**Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

**Coordenação**

Miriam Thais Guterres Dias

*Departamento de Serviço Social*

Aline Blaya Martins de Santa Helena

*Departamento de Odontologia Preventiva e Social*

**Preceptoria**

Carolina da Silva Buno

*Mestrado em Saúde Coletiva*

Geiza Neutzling de Moraes

*Mestrado em Saúde Coletiva*

**Secretaria**

Márcio Hoff

*Técnico em Assuntos Educacionais*

**Apoio técnico-administrativo**

Ágatha Santos Cunha

*Graduanda do Curso de Saúde Coletiva*

André Phylippe Dantas Barros

*Graduando do Curso de Farmácia*

**Realização:** 14 de setembro de 2018 a 20 de dezembro de 2019.

# **Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde: diálogos e artesanias**

Míriam Thais Guterres Dias  
**Organizadora**



Porto Alegre  
2020

© dos autores

1ª edição: 2020

Direitos reservados desta edição:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa: Ágatha Santos Cunha e André Phylippe Dantas Barros

Revisão: Mara Níbia Silva

Editoração eletrônica: Rafael Marczal de Lima

Impressão: Evangraf Ltda.

### **Comissão Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

Fátima Plein

Maria Carolina Pinheiro Meirelles

D451 Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde : diálogos e artesanias / organizadora Miriam Thais Guterres Dias. – Porto Alegre : Evangraf, 2020.  
5Mb. PDF. : il

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5699-045-0

1. Educação em saúde coletiva - Brasil. 2. Trabalho - Gestão. 3. Educação em saúde. 4. Profissionais da saúde - Formação. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Epidemiologia. I. Dias, Miriam Thais Guterres.

CDU 378:614(81)

# SUMÁRIO

Apresentação..... 11

Quando o trabalho em *saúde* fala: o desenvolvimento do trabalho como desafio impostergável da docência em saúde ..... 15  
*Alcindo Antônio Ferla*

## **Seção I**

### **Saúde Coletiva, Educação na Saúde e Controle Social**

#### **Capítulo 1**

Olhares de saúde coletiva à covid-19: interprofissionalidade e reorientação das profissões para produção da saúde na pandemia..... 31

*Érica Rosalba Mallmann Duarte*

*Dagmar Elaine Kaiser*

*Alcindo Antônio Ferla*

*Gímerson Erick Ferreira*

#### **Capítulo 2**

Epidemiologia para atenção primária em saúde..... 93

*Stela Nazareth Meneghel*

#### **Capítulo 3**

Risco, epidemiologia e tomada de decisão.....147

*Roger dos Santos Rosa*

*Bruno Tavares Rocha*

#### **Capítulo 4**

Epidemiologia: delineamentos observacionais de coorte e transversal.....167

*Paulo Cauhy Petry*

#### **Capítulo 5**

Políticas e práticas de educação na saúde: Significados e desafios da formação articulada ao trabalho no Sistema Único de Saúde.....207

*Alzira Maria Baptista Lewgoy*

*Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

#### **Capítulo 6**

A experiência do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: gestão do trabalho e da educação na saúde.....237

*Carolina da Silva Buno*

*Geisa Neutzling de Moraes*

*Ágatha Santos Cunha*

*André Phylippe Dantas*

*Márcio Hoff*

*Miriam Thais Guterres Dias*

*Aline Blaya Martins de Santa Helena*

#### **Capítulo 7**

Lembrando da 8ª Conferência Nacional de Saúde a partir da 16ª [8ª + 8] Conferência Nacional de Saúde.....257

*Luanny Silva Ovando do Nascimento*

*Êrica Rosalba Mallmann Duarte*

## **Seção II**

### **Ações Programáticas para a Equidade**

#### **Capítulo 8**

Gravidez na adolescência: estado atual, desafios e possibilidades de qualificação do trabalho em rede intersetorial em Alvorada-RS ..... 267  
*Roger dos Santos Rosa*  
*Bruno Tavares Rocha*

#### **Capítulo 9**

Realização de intervenções de gestão do cuidado a partir da investigação da qualidade da assistência pré-natal de baixo risco em um município da região metropolitana..... 299  
*Evelise Birck Rodrigues*  
*Luciana Barcellos Teixeira*

#### **Capítulo 10**

Desafios, articulações e intervenções de atores estratégicos do SUS no empreendimento de ações com a população negra e imigrantes em Cachoeirinha/RS..... 307  
*Ingrit Medeiros Seehaber*  
*Dagmar Elaine Kaiser*

## **Seção III**

### **Educação Permanente e Equipes de Saúde**

#### **Capítulo 11**

O apoio institucional no processo de educação permanente em saúde: relato de uma efetiva experiência municipal ..... 353  
*Roberta Pires Bazzo*  
*Alexandre Fávero Bulgarelli*

## **Capítulo 12**

Desafios e potencialidades da implantação de uma Equipe de NASF- AB .....	377
<i>Andriele Madruga Peres</i>	
<i>Vera Lúcia Pasini</i>	

## **Capítulo 13**

Reunião de equipe, um espaço vivo para avaliar práticas de educação permanente em saúde .....	385
<i>Patrícia Távora Bulgarelli</i>	
<i>Aline Blaya Martins de Santa Helena</i>	

## **Capítulo 14**

Otimização das reuniões de equipe como espaços de educação permanente: relato de uma experiência da gestão da atenção básica .....	403
<i>Antionielle Valcarenghi Biazus</i>	
<i>Alexandre Fávero Bulgarelli</i>	

## **Capítulo 15**

Escutando agentes comunitárias de saúde: relato de experiência de uma possibilidade de gestão do trabalho na atenção básica através da educação permanente em saúde .....	425
<i>Helena Biavaschi Grassi</i>	
<i>Miriam Thais Guterres Dias</i>	

## **Capítulo 16**

Educação permanente enquanto dispositivo de qualificação do processo de trabalho .....	433
<i>Giselda Faes Kichler</i>	
<i>Rosemarie Gartner Tschiedel</i>	



### **Capítulo 17**

Formação médica a partir do Programa Mais Médicos: uma revisão integrativa .....	441
<i>Déborah Alline de Matos Lacerda</i>	
<i>Miriam Thais Guterres Dias</i>	

## **Seção IV**

### **Saúde Mental e Sistema de Informações**

#### **Capítulo 18**

Prevenção em saúde mental para trabalhadores do SUS: reflexos do panorama da atenção em saúde do trabalhador .....	451
<i>Tiago Giorgi Von Mühlen</i>	
<i>Miriam Thais Guterres Dias</i>	

#### **Capítulo 19**

Mapeamento da rede de atenção psicossocial como instrumento de qualificação da gestão em saúde mental.....	459
<i>Alice Moreira Da Costa</i>	
<i>Miriam Thais Guterres Dias</i>	

#### **Capítulo 20**

O sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde .....	473
<i>Roger dos Santos Rosa</i>	
<i>Bruno Tavares Rocha</i>	

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS .....	485
-------------------------------------	-----



## APRESENTAÇÃO

A produção e conclusão deste livro se realizou em plena pandemia do Covid19, época estranha e difícil, que alterou profundamente as nossas relações com familiares, colegas, alunos, amigos e sociedade!

Mas, apresentar este livro que visa transmitir aos profissionais e gestores da saúde, controle social, docentes, discentes e sociedade de modo geral sobre as aprendizagens produzidas e as ações implementadas nos municípios a partir da realização do curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tem mais um significado. O de registrar o quanto foi especial a realização deste curso, e fixar nas nossas memórias os anos de 2018 e 2019, tempos de sala de aula, encontros, viagens para estudar e encontrar os colegas!!! Se constata o quão rico são os encontros, as conversas, os debates, ou seja, é muito especial se viver, trabalhar e estudar interagindo e olhando a todas e todos que partilham nossas andanças pelo mundo.

O curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde surge de uma iniciativa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto ao Ministério da Saúde, e projetou-se sobre a necessidade de formar

profissionais capazes de adequada interpretação da realidade no que tange às demandas dos gestores municipais, do controle social e das instituições de ensino para que a educação em saúde coletiva e gestão do trabalho possam ser desenvolvidas de forma efetiva.

O curso propôs a qualificação e o desenvolvimento científico e tecnológico de habilidades, competências, valores e atitudes profissionais por meio da formação do conhecimento de políticas de formação e provimento em saúde, gestão do trabalho na saúde e composição de redes estratégicas com interface da atenção básica (POSSA, 2016). O desenvolvimento do curso contou com a parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Conselho dos Secretários da Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) e Municípios da região metropolitana, para a seleção dos profissionais discentes do curso e para a pactuação dos cenários de práticas, para o desenvolvimento das atividades de ensino em serviço.

O público desta formação foram profissionais da saúde de diversos núcleos profissionais atuantes na gestão das Secretarias Municipais de Saúde de doze municípios da região metropolitana de Porto Alegre e no COSEMS/RS. Também foram público do curso bacharéis egressos da graduação em Saúde Coletiva, na condição de bolsistas-cursistas, assim como profissionais de variadas áreas da saúde.

A pedagogia do curso se pautou pela formação-intervenção, supervisão crítico-colaborativa em redes de ação e de práticas de trabalho em saúde coletiva e educação e ensino da saúde. A formação destes profissionais visou tanto a sua especialização

no tema, quanto na oportunidade de construir propostas de intervenção que afetassem a realidade sanitária municipal, contando com a participação de cursistas-bolsistas como ativadores de processos de mudança.

Estas propostas de intervenção se constituíram em produto da formação, que os discentes formularam e implantaram ao longo dos quinze meses de realização do curso, bem como consistiram nos seus Trabalhos de Conclusão de Curso. Algumas destas intervenções são os capítulos deste livro, realizadas em conjunto com seus orientadores, que como professores do curso, também contribuem com capítulos, socializando conteúdos relevantes para o tema da educação em saúde coletiva, visando o seu compartilhamento para a sociedade. As produções do livro estão distribuídas em quatro seções, quais sejam: Saúde Coletiva, Educação na Saúde e Controle Social; Ações Programáticas para a Equidade; Educação Permanente e Equipes de Saúde, e Saúde Mental e Sistema de Informações.

O título do livro é uma inspiração do professor Alcindo Ferla, notório no campo da Saúde Coletiva, generoso na socialização do seu saber e ferrenho defensor do nosso Sistema Único de Saúde. Encerro esta apresentação com a escrita sobre a elaboração do título deste livro, para nos nutrir e nos esperançar.

O livro *Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde: diálogos e artesanias* “tem uma variedade de temas que são fundamentais para o ensino da saúde nas diferentes modalidades (técnico à pós-graduação, dentro/fora das instituições de ensino, sala de aula até o espaço mais singular do mundo do trabalho), mas o que tem de comum em todos eles é o fato de que foi uma inicia-

tiva levada a termo por uma universidade e pelo compromisso com o SUS. Assim, mais do que a diversidade temática, o que poderia dar unidade é o fato de que a universidade (“formação”, representada aqui pelo trabalho docente), no exercício da sua função de relevância pública, se deixa tomar pela ideia de qualificar o trabalho para o SUS. Nesse caso, o aprendendo e fazendo é a *artesanía* (não o negacionismo) que representa o indissociável do ensino/pesquisa/extensão no trabalho docente e na diretriz de identidade da universidade pública, que vai se perdendo com a competitividade e as fraturas sistemáticas na autonomia institucional e na autonomia pedagógica dos trabalhadores ...”, por Alcindo Ferla.

Que este livro nos lembre sempre que é possível um trabalho e um ensino coletivo, que nos sustente nos espaços sócio-ocupacionais, e que contribua para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, para que se torne o que se formulou na Reforma Sanitária, saúde como direito social, de caráter universal na direção da integralidade, com participação social e cidadania!

Míriam Thais Guterres Dias

Organizadora



**Voltar ao  
Sumário**

QUANDO O TRABALHO EM SAÚDE FALA: O  
DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO COMO DESAFIO  
IMPOSTERGÁVEL DA DOCÊNCIA EM SAÚDE

*Alcindo Antônio Ferla*

**Prólogo**

O convite da Profa. Míriam Dias para a escrita deste prefácio me chegou num momento muito singular. Na verdade, é “singular” como *atravessamento*, já que mobiliza intensamente meus afetos e sensações, mas é quase identitário do nosso tempo, uma vez também afeta, de modos diversos, parte bastante representativa das pessoas que habitam o planeta e que está em isolamento social, como resposta solidária e responsável no enfrentamento da pandemia de COVID-19. O isolamento social e as medidas de “etiqueta sanitária” representam a contribuição mais relevante da sociedade em geral para o enfrentamento da pandemia. E essa contribuição não é facilmente implementada, já que desloca não apenas nossas atividades do mundo do trabalho, mas também intervém de forma significativa nos nossos modos de viver a vida. Sobretudo como carga emocional, porque temos que nos habituar às relações virtualizadas e mediadas pela tecnologia e, de certa forma, não apenas somos desafiados permanentemente a reinventar formas de existir nos nossos fa-

zeres profissionais, senão de nos reinventarmos cotidianamente para seguir a vida.

Bem, o convite, que me emocionou por uma miríade de motivos que não cabem no texto, também me mobilizou por identificar uma dupla inserção de quem, como eu e a totalidade dos autores dos capítulos que compõe o livro, compartilha a condição de trabalhador da saúde e trabalhador docente. Essa dupla inserção no trabalho tem vários desdobramentos. Em diferentes localidades do planeta há eventos e comemorações a cada uma dessas condições. No Brasil, as comemorações e o reconhecimento à relevância desses trabalhos têm a concorrência frequente de episódios de violência e assédio às duas condições, o que cria uma textura ainda mais complexa: estamos duplamente inseridos nas várias dimensões da crise de civilidade e de modos de existência que a pandemia explicita; somos cidadãos que buscam contribuir solidariamente com um problema que assola parte da humanidade e, ao mesmo tempo, trabalhadores de áreas essenciais que precisam dar suporte à vida e às vidas em tempos de emergência sanitária; somos trabalhadores e docentes da saúde; somos comemorados pela natureza e pela relevância do trabalho que fazemos e, também por isso, vitimados pelos assédios negacionistas à ciência e dos fascismos que brotam no cotidiano da sociedade. Bem, me ocorreu que há aqui uma singularidade que dá unidade ao esforço de organização deste livro, mas também dá destaque à formação especializada que lhe deu o estímulo inicial. É essa sequência de duplas inserções no contexto social e sanitário, mas, sobretudo, a capacidade de enfrentar construtivamente esse contexto contemporâneo para



o exercício desse “duplo” trabalho singular que “fala” o conjunto do livro.

Não há qualquer imperativo moral aqui, nem como compensação simbólica, nem como compreensão pragmática. Não me ocorre cumprimentar a “ousadia” e a “coragem” dos autores, a quem, predominantemente me mobilizo sim para dizer que me fazem falta seus abraços, sorrisos alcançáveis com a mão, confidências ao pé do ouvido, discussões acaloradas em encontros sociais ... Penso que a escrita e o compartilhamento de saberes, o ensino pautado pela escuta do trabalho e dos seus agentes, a aprendizagem permanente para renovar o ensino e o conhecimento, a dobra do tempo para injetar no cotidiano do trabalho o *conhecimento encarnado* (BISPO; GHERARDI, 2019) no corpo (não somente na textura biológica do corpo) é um *imperativo ético do nosso trabalho*. O que é comemorável é que muitos de nós não abrimos mão desse imperativo, mesmo em momentos tão difíceis, e de tecer redes de sustentação da vida, que é sempre um trabalho compartilhado. Enfrentar o contexto de dificuldades com artesanias de afeto, inventar práticas pedagógicas que constroem alternativas para o trabalho e deixam extravasar a condição humana dos seus agentes e construir respostas propositivas, que ultrapassam a inércia e a omissão cúmplices desses tempos difíceis, é uma produção de *esperançamento*, como propunha Paulo Freire (FREIRE; GADOTTI, 2018), e a esperança é ontológica do humano e indissociável das práticas pedagógicas que buscam produzir autonomia e liberdade.

Dito isso, confesso o motivo de ter escolhido o tema do trabalho de docência na saúde e seus dilemas e desafios para co-

mentar, e comemorar, o livro que chega às mãos das pessoas que puderem acessá-lo. Também é um convite para que o acessem. Sigo nessa confissão e no seu contexto, que é o fato de que essa é a compreensão desse trabalho singular que está encarnada em mim.

## **Um trabalho no encontro da saúde e da educação**

O trabalho na saúde, inclusive na docência, me acompanha desde que me interroguei, pela primeira vez, sobre o mundo do trabalho. Como é de conhecimento de várias pessoas amigas, o trabalho em saúde me atravessou precocemente pelo cuidado prestado pela avó materna, que exercia as funções de parteira e agente popular de saúde; pelos relatos e pela relevância que aprendi a reconhecer no exercício profissional da minha mãe nas equipes de enfermagem de um grande hospital; pelas leituras apaixonadas das produções intelectuais e políticas de diversos autores da medicina social italiana, que chegavam à casa dos avós pelas redes de intercâmbio familiar e de amizade com pessoas residentes na Itália; pela articulação que faziam entre a saúde e o adoecimento como produções sociais; pelas histórias contadas em confiança e em murmúrios por pessoas que circulavam pelas instituições em que frequentava, em rotas de fuga às violências da ditadura que vivíamos no Brasil durante parte da minha infância e adolescência; entre tantos outros atravessamentos. Como *afecção*, o trabalho em saúde foi constituindo meu desejo, mas nunca somente como trabalho técnico. Os fazeres da saúde representavam para o que pretendia no mundo do trabalho, e segue assim em alguma medida,

um observatório da vida, que, ao ser realizado, sistematiza novas possibilidades de outros fazeres, em movimento constante. Mas de um *fazer* muito singular: um fazer que redimensiona constantemente as possibilidades de autonomia e de felicidade das pessoas sob cuidado, seja o cuidado em saúde, seja o cuidado pedagógico, que me é a forma mais potente de aprender e que aprendi a utilizar para ensinar. Sendo *trabalho vivo*, há aqui uma aliança forte entre o fazer e o aprender, entre o que pode ser feito e o que diz o contexto em que se quer fazer o trabalho, e essa aliança produz deslocamentos.

Há alguns dias, relendo o livro das conferências que Ítalo Calvino faria, no ano de 1985, na Universidade de Harvard, que na tradução brasileira teve o título de “Seis propostas para o novo milênio” (CALVINO, 1990), me ocorreu que há uma inspiração comparável e que talvez me permita maior êxito em descrever aqui o que pretendo. No rascunho do que seria sua saudação inicial, além de expressar gratidão e honra pelo convite, Calvino explica que, para cumprir a tarefa de situar os desafios da literatura no milênio que estava por vir, tinha a necessidade de explicar que utilizaria a expressão “literatura” a partir do contexto cultural italiano, onde a separação e especialização das expressões das artes (como a poesia, a música, as artes plásticas e a literatura) tinha um sentido “menos evidente” do que noutras culturas. E, generosamente, explica que utilizará as expressões inglesas que formularam o convite (“*Poetry Lectures*”) num sentido que lhe permita falar de uma poética que atravessa as formas de expressão artística e literária. E com uma capacidade linguística muito singular, Calvino fala de *leveza* (com um constructo

reflexivo sobre o intervalo leveza-peso), de *rapidez* (refletida no interstício de deuses mitológicos, o esvoaçante Mercúrio e os passos claudicantes de Vulcano), de *exatidão* (por meio do *jogo* entre o preciso e o impreciso na literatura), de *visibilidade* (pela alternância de realidade e fantasia, exterioridade e interioridade) e de *multiplicidade* (a continuidade das formas e a natureza comum de todas as coisas), sem concluir a sexta “lição”, que trataria sobre consistência.

Duas ideias me surgem dessas metáforas: uma, mais evidente, que é a textura entre os fazeres do trabalho em saúde e do trabalho docente, como caminho que *deve ser* percorrido em idas e vindas permanentes que ambos requerem de quem os realiza; outra é a radicalidade da *estética poética*, da qual fala Calvino, como uma dimensão ética do conhecimento que se associa aos fazeres sobre os quais venho dissertando. Vamos ver se consigo desenvolver melhor essas ideias, pensando nelas como dispositivo para o desenvolvimento do trabalho, desses trabalhos.

Sobre a primeira, da conexão estruturante entre o trabalho docente na saúde e o trabalho na saúde: já temos um certo acúmulo de que se trata de um campo complexo, multideterminado e movediço; portanto, não completamente redutível ao conhecimento e à técnica já disponíveis. Donde não se pode pensar num trabalho que se realiza apenas como aplicação da técnica sobre o “objeto” da intervenção. Merhy (2002) nos ajuda muito a pensar nisso, com a abertura do campo analítico da micropolítica do trabalho em saúde, ou seja, da análise do trabalho como ele se organiza no cotidiano, sobretudo da sua configuração tecnológica. Um trabalho cuja alma é uma escuta densa das saúdes que

habitam o contexto e, sobretudo, a pessoa que demanda cuidados. Ou seja, um trabalho que, para se realizar em plenitude, requer *trabalho vivo em ato*: tecnologias relacionais (leves) gerindo a combinação dos recursos que serão ofertados a cada pessoa ou grupo em cada localidade e tempo. O trabalho em saúde se empobrece como clínica/cuidado se for um trabalho mecânico, alienado, submetido às forças externas.

O complexo produtivo da saúde e as lógicas corporativas demonstram cotidianamente sua capacidade de *contaminar* o trabalho e produzir desgastes no trabalhador. E o trabalhador, também é um componente ativo do cenário e, portanto, é constantemente subjetivado. É o trabalho docente que dá a largada no processo de subjetivação profissional. E aqui está um encontro muito forte: não haverá um ensino potente para essa saúde alargada se não houver uma aprendizagem densa, ao mesmo tempo; o ensino “transmissor de saber”, também será um exercício de poder ao mesmo tempo e, invariavelmente, recairá sobre um sentido empobrecido de saúde. Não pode haver ensino descolado do trinômio ensino-pesquisa-extensão que, no nosso caso, é também determinação constitucional. São dois trabalhos que se contagiam mutuamente e requerem deslocamentos permanentes, a isso chamo de *desenvolvimento do trabalho*.

Por isso a ideia da educação permanente em saúde como aprendizagem no e pelo trabalho (o trabalho de atenção, de gestão, de participação e de formação, como um quadrilátero em movimento, ou seja, uma mandala), que inclui o fazer/aprender, o fazer/ensinar, o fazer caminhos ao caminhar, o atravessar fronteiras (CECCIM; FERLA, 2008). O trabalho que produz saú-

de e aprendizagem profissional na saúde precisa acompanhar o alargamento dos sentidos da saúde e, mais do que isso, produzir constantemente esse alargamento. Não apenas como prescrição de insumos e prestação de procedimentos ou, na docência, como ensino bancário do qual nos falava Paulo Freire. Mas como reconhecimento das condições de complexidade do duplo “objeto” saúde e aprendizagem da saúde.

Se os *fazeres* do trabalho e da docência na saúde estão conectados com essa força de associação, como aliança indissociável do fazer/aprendendo, precisamos recuperar a ideia da universidade como um espaço protegido na sua autonomia das pressões do cotidiano do mercado, como um lugar de resistência. Não há aqui qualquer ideia naturalizada ou romântica, senão a recuperação da função social da universidade e dos fazeres docentes. Lembro do diálogo entre Boaventura Santos e Naomar de Almeida Filho sobre os desafios da universidade contemporânea (aqui uma coincidência: ambos, como Ítalo Calvino, citado há pouco, também se ocupavam de pensar na travessia deste Século):

universidade, para ter legitimidade e eficácia, tem de conhecer bem o lugar onde está implantada (...). Esta busca de raízes é, no entanto, feita com uma profunda orientação de futuro, procurando criar uma universidade comprometida com as aspirações democráticas e de justiça social da sociedade mais próxima, mas ao mesmo tempo plenamente envolvida na tarefa de contribuir para uma

globalização solidária do saber universitário no continente latino-americano e no mundo. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p. 5).

Ora, a função social da universidade não é conceito abstrato e não é somente efeito de política pública: ela se materializa sobretudo no trabalho docente, que tampouco se realiza como trabalho do/da docente, mas em rede com diferentes pessoas que atuam dentro e fora da universidade. Voltam aqui as ideias da aprendizagem no/pelo trabalho como “caminho” para o desenvolvimento em contextos de grande complexidade, como os trabalhos na saúde e na docência em saúde; de fazeres que não são redutíveis à configuração técnica e tecnológica prévias; à necessidade de conexões atenção/gestão/participação/formação, que estão conectadas às conexões ensino/pesquisa/extensão e sua necessária indissociabilidade; à perversa conexão entre saber/poder que está vigente e que exclui/rechaça epistemologias outras; ao compromisso ético e político dos seus atores com todas as vidas, com a superação das injustiças e com a produção de outras saúdes ... Não há naturalização aqui: como na produção de Calvino (2019) sobre a arte, a dimensão estética da saúde requer uma ética da saúde como produção permanente e, portanto, coloca desafios impostergáveis à universidade e ao trabalho docente.

Por isso é fundamental aqui um alerta, como já o fez Madel Luz (2005), ao analisar o que denominou de “produtivismo científico” e seus efeitos sobre a produção intelectual: restrição das articulações entre ensino, pesquisa e extensão; hierarquiza-

ção fixa dessas dimensões no cotidiano das instituições; o padrão das formas de manifestação e compartilhamento da produção científica têm consequências arrasadoras sobre a ciência. As forças que geram o *produtivismo científico*, e que não estão diretamente relacionadas à produção acadêmica propriamente dita, mas também ao seu oposto, geram sofrimento mental e o esgotamento, com acumulação de tarefas burocrático-operacionais e normativas que sequestram a potência estética desse trabalho, empobrecendo o caráter inovador do trabalho docente. Essas forças, que se expressam de vários lugares da sociedade, inclusive nas próprias universidades, como concorrência e como hierarquização, podem

ferir o próprio coração (*hard core*) ou a fonte seminal de todo esse sistema de produção de conhecimento, que é a criatividade, origem da inovação. A produção contínua de proposições inovadoras, que se renovam sem cessar, expressão do progresso científico, motor perpétuo da ciência moderna, só é possível quando há uma certa liberdade no produzir que possibilita o surgimento do novo, com a criação, que está na origem da inovação científica, tanto quanto na arte. (LUZ, 2005, p. 42)

Não é apenas à sobrevivência da universidade e do trabalho docente, em si, que este alerta chama a atenção. É sobre a função social que a universidade, sobretudo a universidade pública, e o trabalho docente realizam, no sentido de identificar novos de-



safios e produzir novos conhecimentos para resolver problemas das sociedades. No sentido de desenvolver o trabalho e qualificar a saúde e a vida das pessoas. Atacar a universidade, fragmentar sua autonomia institucional e a autonomia pedagógica do trabalho docente, reduzir o trabalho docente à função de transmissão, seja pelo negacionismo da ciência, seja pela omissão dos atores que atuam no cotidiano da instituição, é também um ataque às condições de existência das sociedades. No caso da saúde, é o empobrecimento da saúde e da vida, que chega às vias de extermínio, como nos tempos necropolíticos que vivemos.

E é precisamente por isso que comemoro e me alegro com o livro que está sendo ofertado à leitura de todos e todas. Ele também é uma expressão viva e criativa do que pode o trabalho docente.

### **Diálogos e artesanias no cotidiano do ensino da saúde: a formação como resistência**

Como na potência que Calvino atribuiu à literatura para atravessar o novo século, que já está conosco, os capítulos do livro demonstram a vitalidade dos trabalhos na saúde, no ensino e no cotidiano dos sistemas e serviços. Primeiro porque os conectam, de forma indissociável, onde um compõe o outro; só há externalidade como estranhamento, para gerar novos movimentos. Nos capítulos, como na formação oferecida pela universidade pública aos trabalhadores do sistema público de saúde, não há expectativa de formação como erudição; há um compromisso estético de explicitar conexões entre conhecimentos e os fazeres da saúde, de deslocar o que já se faz para

novos patamares. O conhecimento não é apresentado como poder da verdade em oposição à precariedade do trabalho. É apresentado como aliança para o desenvolvimento do trabalho. Os capítulos falam de conceitos e teorias, mas em diálogo com as problemáticas do cotidiano do trabalho, atravessadas pela natureza complexa da saúde, seja nas contribuições do campo da saúde coletiva, seja na pragmática do fazer cotidiano na saúde mental, na produção de equidade, na melhora dos indicadores de qualidade de vida e de justiça social, na produção ética de autonomia das pessoas sob cuidado e dos trabalhadores.

Sobretudo, são capítulos escritos a partir da experiência híbrida, do trabalho no sistema de saúde e do trabalho docente, com uma escuta densa do intervalo que conecta os fazeres docente, na atenção e na gestão, de pares na compreensão da saúde como produtora de democracia e desenvolvimento social e econômico. Escrever a partir da experiência híbrida é compartilhar conhecimento *encarnado* mas, sobretudo, conhecimento útil e oportuno, em resposta à escuta sensível do cotidiano. Como no texto de Calvino, é ir e voltar de um lugar a outro, como partes do mesmo, uma vez que cada um está contido no outro.

Não se deixem enganar pela ênfase que dei à expressão “cotidiano” nos parágrafos prévios. No território brasileiro, em que os fazeres da educação eticamente comprometidos homenageiam Anízio Teixeira e Paulo Freire, que os fazeres da saúde mobilizados pelos conhecimentos e práticas acumulados nas últimas décadas se traduzem nas ideias de uma saúde como processo civilizatório, como formulou Sérgio Arouca, o cotidiano não é apenas o exato

momento em que as coisas acontecem. O cotidiano é a caneta do poeta, que desenha palavras e atos com a justa medida entre o que os trabalhos de docência e na saúde expressam a cada momento e a potência que a educação e a saúde têm para a produção de mundos melhores, mais justos, mais solidários, mais diversos e mais equânimes. Nesse sentido, o cotidiano contém potência de futuros.

Para comemorar a potência do *trabalho docente* visível nos capítulos que compõem o livro, como escuta qualificada e como produção de vidas, utilizo-me novamente da escrita de Calvino, quando define a *exatidão* como atributo da literatura:

[...] o justo emprego da linguagem é, para mim, aquele que permite o aproximar-se das coisas (presentes ou ausentes) com discrição, atenção e cautela, respeitando o que as coisas (presentes ou ausentes) comunicam sem o recurso das palavras. (CALVINO, 2019, p. 93).

Minha homenagem à Míriam e aos colegas que, entre inúmeras atribuições da vida pessoal e da sobrecarga laboral, fazem do trabalho docente a justa aproximação entre o conhecimento e a vida cotidiana, aprendendo e ensinando que a política pública de saúde é direito e é conquista e que, para ser assim, não se pode perder a cautela, a atenção e a discrição na aproximação do que está presente e do que está ausente em cada situação em que o trabalho se expressa, já que a vida e a saúde são condições em movimento permanente e é preciso que se torne isso sempre mais possível.

## Referências

BISPO, Marcelo de Souza; GHERARDI, Silvia. Flesh-and-blood knowing: Interpreting qualitative data through embodied practice-based research. **RAUSP Management Journal**, 2019. Vol. 54 No. 4, pp. 371-383. <https://doi.org/10.1108/RAUSP-04-2019-0066>

CALVINO, Ítalo. **Seis propostas para o próximo milênio**. 3ª Edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

FREIRE, Paulo; GADOTTI, Moacir. Paulo Freire: “Nós podemos reinventar o mundo”. [Recurso eletrônico]. **Nova Escola**, 07/03/2018. Recurso eletrônico. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/266/paulo-freire-nos-podemos-reinventar-o-mundo>

LUZ, Madel T.. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):39- 57, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a03.pdf>. Acesso em 24/05/2020.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A Universidade no Século XXI**: Para uma Universidade Nova. Coimbra: s/e, outubro de 2008. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/A%20Universidade%20no%20Seculo%20XXI.pdf>.



**Voltar ao  
Sumário**

SEÇÃO I

**SAÚDE COLETIVA, EDUCAÇÃO NA  
SAÚDE E CONTROLE SOCIAL**



## Capítulo 1

# OLHARES DE SAÚDE COLETIVA À COVID-19: INTERPROFISSIONALIDADE E REORIENTAÇÃO DAS PROFISSÕES PARA PRODUÇÃO DA SAÚDE NA PANDEMIA

*Êrica Rosalba Mallmann Duarte*  
*Daqmar Elaine Kaiser*  
*Alcindo Antônio Ferla*  
*Gímerson Erick Ferreira*

## Introdução

Ao final do ano de 2019, o mundo presenciou a chegada silenciosa e rápida da COVID-19, nome oficializado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a nova Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), produzida pelo “novo coronavírus” (SARS-CoV-2). Desde então, a doença tem se alastrado de maneira intensa pelo mundo inteiro, gerando um cenário de incertezas, medos e riscos à saúde e à vida humana. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de COVID-19 como a sexta emergência de saúde pública de interesse internacional, após H1N1 (2009), poliomielite (2014), Ebola na África Ocidental (2014), Zika (2016) e Ebola na República Democrática do Congo (2019) (BACKER; KLINKENBRG; WALLINGA, 2020). E, devido à rápida disseminação do vírus,

a OMS declarou, em 11 de março de 2020, o status de pandemia, prevendo sérias consequências à saúde em todo o mundo (OPAS, 2020).

A situação de caos e pânico gerada pela rápida disseminação do vírus não só tem provocado uma revolução tecnológica imediata nos serviços de saúde (KYNLSTEDT; ANDERSON, 2020), como também, demandado a aceleração dos processos educativos e de capacidades profissionais e institucionais para operar as tecnologias que vão sendo produzidas e atualizadas, com base em dispositivos que assegurem integração bem-sucedida, segura, eficaz, eficiente e com otimização dos recursos (KEESARA; JONAS; SCHULMAN, 2020). Nesse sentido, um dos desafios para a implementação à produção de saúde, em tempos de pandemia de COVID-19, está em uma nova forma de organização do trabalho dos profissionais para operar de maneira efetiva nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com atuação interprofissional, para respostas urgentes a tais demandas, sendo relevante analisar as ações de saúde empreendidas nesses contextos, para que tenhamos um saldo em termos de aprendizagens com a crise.

Com base nessas acepções, a potencialidade da saúde coletiva em promover ações de cuidado fundamentadas no trabalho colaborativo e interprofissional e na necessidade de efetivamente incorporá-lo aos seus processos de trabalho, mostra-se relevante e coerente com o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de combate ao novo coronavírus. Em algumas abordagens analíticas desse campo



de conhecimentos e práticas, tornam-se visíveis condições que permitem não apenas avaliar o trabalho, senão de provocar movimentos de seu desenvolvimento em termos de qualidade e capacidade de respostas.

Um exemplo é a capacidade de visualizar a condição interprofissional no trabalho em grupos multiprofissionais. Quando as equipes interprofissionais atuam de forma colaborativa, podem melhorar o aproveitamento das pessoas, aumentando a avaliação positiva de atendimento e potencializando a comunicação e desenvolvimento de outras competências e habilidades essenciais em saúde (JAKOBSEN *et al.*, 2018; FIGUEREDO *et al.*, 2018). Em tempos de crises de demanda, onde o planejamento do trabalho é exposto ao seu limite, fragiliza-se também a naturalização com que temos incorporado à fragmentação técnica e profissional do cuidado e da gestão. Assim, a prática colaborativa e interprofissional, realizadas em condições reais no contexto da pandemia COVID-19, pode nos demonstrar diversos desafios que se encontram no pensar e no produzir saúde em tempos de maior estabilidade. Sobretudo o enorme conjunto de ações relacionais e educativas entre profissionais de saúde, gestores e usuários.

Veja-se que não há aqui qualquer tentativa de naturalizar a crise organizacional e, mesmo, humanitária, que é produzida no cotidiano do trabalho em saúde em tempos de pandemia. Apenas que se está tomando um dos seus aspectos, da reorganização provocada pela enorme pressão de demanda, para torná-la também analisadora da cultura e da tradição com que temos

organizado o trabalho em saúde. No tempo da crise sanitária, a crise organizacional parece demonstrar um melhor aproveitamento das ações interprofissionais e reorientação dos processos de trabalho nesta direção. Essa é uma hipótese de pensamento que seguiremos tratando ao longo deste ensaio.

No contexto brasileiro da saúde, cada vez mais complexo, e que demanda ações de caráter interprofissional e interdisciplinar, amplificam-se os debates em torno do escopo de prática das profissões de saúde. Entendendo-se que estas não são estáticas e se modificam à medida que se modificam os perfis populacionais, as necessidades de saúde de indivíduos e comunidades, e os modos de organização dos serviços e de cuidado em saúde (PEDUZZI, 2016). Entretanto, tais práticas atualmente ainda desvelam-se desafios que precisam ser pensados e enfrentados, haja vista a necessidade de fortalecer o entendimento de que as especificidades são complementares e que as ações interprofissionais subsidiam um trabalho mais efetivo na lida com as complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde (COSTA, 2016).

No estágio atual da pandemia, as ações interprofissionais são cruciais para conter os agravamentos causados pela COVID-19, uma vez que grande parte destas ações pode ser efetivamente gerenciada, a depender das estratégias governamentais, institucionais e individuais adotadas para lidar com essa crise (KYNLSTEDT; ANDERSON 2020). Frente a essas ponderações relacionadas à crise mundial decorrente da pandemia do novo coronavírus, e considerando a complexidade e abrangência da

inserção de indivíduos, famílias e grupos sociais na sociedade, bem como da orientação e colaboração entre profissionais e serviços nas RAS (PEDUZZI, 2016), levantou-se a necessidade de refletir sobre o potencial epistêmico que pode advir de uma perspectiva interdisciplinar da saúde coletiva para analisar o trabalho no combate ao novo coronavírus, especificamente considerando as ações interprofissionais na reorientação do trabalho para produção da saúde.

Assim, tomamos a base conceitual sobre Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que foi desenvolvida no Curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva e a submetemos a uma tensão renovada: o enfrentamento à pandemia. A partir deste cenário que estamos vivenciando, tem-se aqui a possibilidade de abordar aspectos relevantes e necessários aos profissionais de saúde que desenvolvem seu trabalho no âmbito da saúde coletiva, situando o potencial do trabalho colaborativo e interprofissional e a necessidade de efetivamente incorporá-los ao processo de trabalho. Como no debate entre Foucault e Deleuze (1992), pretendemos aqui propor uma relação entre teoria e prática que não fosse de aplicação, mas de transversalidade. Ou seja, colocar em tensão a teoria e a prática, buscando atualizá-las.

Temos a expectativa de que os caminhos aqui traçados permitam refletir as ações de cuidado produzidas durante esta pandemia e vislumbrar formas de melhor enfrentar este momento. Assim, estruturamos o capítulo em três eixos distintos e complementares, que didaticamente nos permitiram visualizar cená-

rios e ordenar pensamentos. O primeiro eixo, “*A expansão global da COVID-19 e reflexos na saúde das populações*”, contextualiza o cenário catastrófico global gerado pela pandemia do novo coronavírus, bem como as repercussões decorrentes deste em diversos âmbitos que interferem na saúde pública, sobretudo, no caso do Brasil, nas políticas e práticas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive nas interfaces com outros setores relevantes da vida. No segundo eixo, “*O potencial do trabalho colaborativo e interprofissional no combate ao novo coronavírus*”, situamos o potencial das práticas colaborativas e interprofissionais como dispositivo de reorientação das ações de saúde coletiva promovidas no combate ao novo coronavírus. No último eixo, “*Lições, aprendizados e desafios atuais para a saúde coletiva*”, apresentam-se alguns ensinamentos e aprendizados decorrentes da reflexão sobre crise instaurada pela COVID-19, bem como os desafios que se estabelecem hoje e que apontam para a reorientação das práticas profissionais na produção da saúde. Por fim, as considerações finais tecidas com uma parada provisória da temática no capítulo, trarão um convite a novas reflexões e debates de possibilidades que se podem pensar e agir em meio a este cenário catastrófico, cheio de incertezas e em pleno movimento.

## **A expansão global da COVID-19 e reflexos na saúde das populações**

A doença viral chamada COVID-19 é decorrente do contágio com um vírus da família dos coronavírus, especificamente de uma espécie denominada Sars-Cov-2. Foi notificada, oficial-

mente, em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei na China<sup>1</sup>.

Esses vírus fazem parte de uma extensa família que afeta animais (camelos, gado, gatos e morcegos) sem, no entanto, representar risco aos mesmos e, ao se modificarem, podem atingir humanos e provocar doenças que vão de casos comuns à casos muito graves (WERTHEIM *et al.*, 2013). O primeiro coronavírus humano foi isolado em 1937 e somente em 1964 foi descrito, através do perfil microscópico da virologista June Almeida, no St Thomas' Hospital, em Londres (BBC, 2020).

Em retrospectiva aos tipos de coronavírus humanos (HCoVs) conhecidos até este momento tem-se:

- a) Alpha *Coronavírus* 229Ee NL63, e Beta *Coronavírus* OC43 e HKU1: todos com tropismo pelo trato respiratório e agentes etiológicos de processos respiratórios de menor severidade quando comparados à COVID-19;
- b) SARS-COV tipo de coronavírus que causa Síndrome Respiratória Aguda Grave que foi identificado pela primeira vez na China em 2002, se espalhando em 2003-2004, rapidamente para mais de doze (12) países na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia. Cerca de 10% dos infectados por SARS vieram a óbito, entre mais de oito mil (8.000) pessoas infectadas.

---

<sup>1</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde, a origem do vírus ainda não está determinada (SOUZA, 2020).

- c) MERS-COV é outro tipo de coronavírus que apareceu 10 anos depois (2012), causando a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, com o primeiro caso registrado em um paciente da Arábia Saudita. Além dos sintomas respiratórios já conhecidos, o referido paciente desenvolveu pneumonia e complicações renais. Em 2015 houve um surto de MERS-COV na Coreia do Sul, associado a um viajante que havia retornado do Oriente Médio. Quase 200 pessoas foram infectadas e houve 36 mortes. Até 2018 foram notificados 2.144 casos de infecção por MERS-CoV, em 27 países, com pelo menos 750 mortes relacionadas ao MERS-CoV.
- d) SARS-COV-2 que causa a doença COVID-19: Sabe-se que, provavelmente, ele tenha sofrido uma mutação do coronavírus do morcego. Entretanto, existe uma suposição que antes de ser transmitido aos seres humanos tenha passado por um reservatório animal intermediário, o pangolim (LAM *et al.*, 2020). Estudos futuros vão esclarecer todas essas suposições.

Trata-se de um vírus que se reproduz de forma muito rápida, de maneira que cada pessoa infectada pelo vírus o transmite a 1,4 a 3,9 pessoas no período de contágio, que é de cinco a 14 dias (OMS, 2020). Essa taxa varia conforme o estágio de avanço da pandemia. No período da infecção, a pessoa que o transmite não apresenta, necessariamente, algum sintoma. Como se trata de um vírus novo em nosso habitat, ninguém está imunizado e

não existe tratamento específico para a doença (WHO, 2020; SHIELD, 2020). Medicamentos antivirais e vacinas estão sendo testados em diversos centros de pesquisa de todo o mundo e tem-se expectativa otimista de que os tratamentos pesquisados devam ser finalizados a partir do próximo ano. Ou seja, no ano de 2021, pacientes infectados com o novo coronavírus também estão sendo recrutados em estudos randomizados em todo o mundo, com o intuito de avaliar a eficácia de diferentes medicamentos. Antibióticos, corticosteroides, terapias celulares, medicamentos moduladores da resposta celular, antimaláricos, imunossuppressores e imunoglobulinas também estão sendo avaliados em ensaios clínicos acerca de sua eficácia e segurança (WHO, 2020). Das muitas leituras que se têm disponível até este momento, sabe-se que as pessoas infectadas estão apresentando diversos sintomas, sendo os mais recorrentes os respiratórios. Suspeita-se também de problemas cardíacos. Entretanto, os sintomas variam muito, podendo variar de uma condição assintomática ou apresentar desde uma simples constipação nasal, até síndromes respiratórias graves com falência de órgãos e morte. Destaca-se que a doença está em constante pesquisa e atualização e que a cada momento surgem novas informações.

Após os primeiros casos notificados na cidade de Wuhan na China, foram confirmadas 41 pessoas infectadas e mais de 700 casos suspeitos, além de 400 profissionais de saúde, que foram posteriormente monitoradas na mesma localidade. Em 27 de abril de 2020, 58 dias após o primeiro caso, 180 países e 200 territórios, incluindo 26 navios de cruzeiros, tiveram pessoas com casos confirmados. Atualmente, cinco meses após as primeiras

notificações, em 31 de maio de 2020, o mundo tem 6.206.773 pessoas contaminadas, 2.661.643 recuperadas e 372.752 mortes (OMS, 2020).

O Brasil, neste momento<sup>2</sup>, ocupa a segunda posição no ranking global de casos confirmados, estando atrás somente dos Estados Unidos da América (EUA), que já tem 1.910.843 e 109.639 mil mortes. Embora tenha hoje um dos maiores números de casos, o Brasil está entre os países que ainda não alcançaram o pico da doença. No país cuja primeira notificação deu-se em 20 de fevereiro de 2020, tem-se hoje, 615.870 mil casos confirmados e 34.039 mortes (OMS, 2020).

Cabe destacar, entretanto, que estes dados incluem somente pessoas testadas com resultado positivo e diferem as informações por países, o que sugere que este resultado seja ainda mais alarmante do que os apresentados. Há variações muito grandes entre as estratégias de testagem e confirmação de diagnóstico, seja pela disponibilidade de exames ou laboratórios, seja por estratégias de governantes e serviços de esconderem os dados. Neste período tumultuado, os dados epidemiológicos para realizar análises de saúde e pensar em estratégias de intervenção são muito importantes. Contudo, existe uma grande subnotificação de casos no Brasil, uma vez que no país só estão sendo testados os casos graves, quando o indivíduo já se encontra em fase de internação hospitalar, e a realização dos testes tem um atraso importante (BRASIL, 2020).

---

<sup>2</sup> 05 de junho de 2020



Esse panorama é gerador de uma série de repercussões, as quais afetam negativamente em diversos âmbitos, e que, conseqüentemente, tendem a agravar ainda mais a situação de saúde mundial. O Brasil é um dos países reconhecidos internacionalmente por deficiências graves na condução da resposta à pandemia e a mídia internacional aponta incongruências consistentes na condução federal da resposta. Em nota oficial, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) registra que o governo federal “vem destruindo os esforços de especialistas do próprio governo, dos governos estaduais e municipais, das instituições de pesquisa e da sociedade civil que, de forma responsável e ética, têm se dedicado a salvar vidas” (ABRASCO, 2020). Há visíveis desencontros entre as estratégias adotadas nas diferentes esferas de governo na dinâmica federativa brasileira, com conseqüências sobre a qualidade dos registros, dos indicadores sanitários e dos óbitos provocados pela doença. Entretanto, a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido mobilizada para a organização de respostas locais.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos estados (CONASS), diante de uma insinuação de dirigente do Ministério da Saúde brasileiro de que deveria haver uma condução mais restritiva na definição do diagnóstico e divulgação dos óbitos pela COVID-19, respondeu que a “tentativa autoritária, insensível, desumana e antiética de dar invisibilidade aos mortos pela Covid-19, não prosperará. (...) Ofende Secretários, médicos e todos os profissionais da saúde que têm se dedicado incansavelmente a salvar vidas” (CONASS, 2020). As divergências na condução da resposta

brasileira à pandemia têm diversas explicações, do negacionismo à ciência de parte do governo federal e de alguns segmentos da sociedade, à priorização da economia na definição de políticas sociais.

A pandemia tem efeitos relevantes na economia mundial, decorrentes das consequências na vida e na saúde das pessoas. Em se tratando dos reflexos gerados na economia mundial, analistas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em janeiro de 2020, estimaram que as consequências econômicas da pandemia de COVID-19 para o crescimento global tendem a ser superiores aos do surto de SARS em 2002-2004. Já a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEC) reportou quedas no preço do petróleo e, em fevereiro de 2020, os mercados de ações tiveram a primeira queda expressiva devido ao aumento significativo do número de casos de COVID-19. Em documento elaborado no Instituto de Relações Internacionais e Defesa (Irid) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialistas advertem:

Deve-se destacar que, mesmo sendo temporária a crise do COVID-19, e seus efeitos econômicos provavelmente serão mais prolongados. Outras mutações do vírus podem reaparecer. Analistas apontam para o fato de que as crises desse tipo sejam epidemias ou desastres ambientais, como as relacionadas, por exemplo, ao aquecimento global, serão mais frequentes no futuro, o que forçará os Estados a assumir

tarefas de prevenção, defesa da sociedade civil e de planejamento econômico. Se a incerteza ambiental e/ou sanitária vierem a se consolidar no cenário atual, a economia internacional tenderá a se fechar, como aconteceu no contexto da década de 1930, obrigando os Estados a assumir papéis muito mais ativos tanto na proteção dos mais afetados quanto na organização do sistema econômico (IRID, 2020, s/p).

Já em relação às repercussões da pandemia de COVID-19 para o meio ambiente, expertises da área têm relatado que o impacto da pandemia parece ter sido melhor para o meio ambiente, se considerada a diminuição na poluição do ar, observada em vários locais no mundo. A Agência Espacial Europeia<sup>3</sup> observou um declínio acentuado, de 1 de janeiro a 11 de março de 2020, de emissões de óxido nitroso na Itália e na França, coincidente com as medidas de contenção na região. Na China houve uma diminuição de 25% nas emissões de gases de efeito de estufa, sendo que no primeiro mês de quarentena, houve uma redução de 200 milhões de toneladas de dióxido de carbono, em relação ao período de 2019, muito provavelmente, devido à redução no tráfego aéreo e terrestre, refinamento de petróleo e consumo de carvão (GREEN, 2020; MYLLYVIRTA, 2020; McMAHON, 2020; NEWBURGER, 2020).

---

<sup>3</sup> Organização intergovernamental, fundada em 1975, dedicada à exploração do espaço.

Claus Zehner, gestor da missão Copernicus<sup>4</sup>, afirma que “a redução das emissões que estamos vendo, coincide com o *lockdown* imposto na Itália onde ocorreu redução do trânsito e atividades industriais” e Vincent-Henri Peuch, do mesmo programa acrescenta que: “as lições aprendidas com a crise da COVID-19, serão muito importantes para repensar o problema da poluição do ar, mas infelizmente, as alterações climáticas existem e vão continuar a existir e isso não vai mudar com esta crise”. A não ser que repensem nossa vida no período pós-pandemia COVID-19.

Uma pesquisa realizada no Tibete, em Guliya (China), recolheu amostras do gelo glacial mais antigo da terra, e relataram que cientistas chineses e americanos, descobriram 28 grupos de vírus desconhecidos, que estavam congelados há 15 mil anos. Este assunto foi analisado por Sonia Shah, jornalista e autora de “*Pandemic: Tracking Contagions, from Cholera to Ebola and Beyond*”, em seu artigo ‘Contra a pandemia, ecologia’, na edição 152 do *Le Monde Diplomatique*, que merece ser lido por todos.

Há vários anos, cientistas e ambientalistas têm alertado ao mundo e, exatamente, neste momento, estamos presenciando, visivelmente, a destruição do nosso habitat, onde inúmeras espécies estão ameaçadas de extinção, entre elas plantas medicinais e animais que sempre abasteceram nossa farmacopeia (WATTS,

---

<sup>4</sup> Copernicus - Programa de observação da Terra da União Europeia, coordenado e gerenciado pela Comissão Europeia em parceria com a Agência Espacial Europeia, Estados-Membros da UE e as agências da UE.

2018). E nós seres humanos além de sofrermos com isso, ainda somos os principais destruidores do meio ambiente. A pandemia vem expondo diversas fragilidades dos modos de vida em sociedade e, particularmente, aponta uma crise civilizatória relevante, ao dar muita ampla visibilidade à produção de vulnerabilidades que as relações dos humanos entre si e com o planeta colocam certos grupos sociais.

Nesse sentido, é preciso destacar o impacto da COVID-19 em populações que apresentam maior grau de vulnerabilidade socioambiental. O padrão de urbanização brasileiro apresenta desigualdades expressivas em termos de seus atributos socioambientais, caracterizando-se pela distribuição desigual do acesso aos recursos e serviços urbanos. Nesse sentido, áreas em que se concentra a população mais vulnerável e com menos acesso à infraestrutura, em especial de saneamento básico, com condições de habitação precárias e inadequadas, apresentam maior grau de vulnerabilidade à propagação epidêmica. À medida que se instala a contaminação comunitária, e que as pessoas se movimentam pelas cidades, o espraiamento para áreas mais vulneráveis dos municípios se amplia, colocando em evidência as expressivas diferenças regionais das cidades brasileiras (IPEA, 2020).

Considerando que a Saúde Coletiva empreende um campo de saberes e práticas interdisciplinar, dinâmico e fruto das interações sociais, reconhecemos que possibilita abordagens mais ampliadas de saúde e fazeres multiprofissionais como meio de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias (NUNES, 1994). As discussões e reflexões acerca das

práticas no combate ao novo coronavírus, embasadas no campo da saúde coletiva, são importantes e necessárias, porque como decorrência delas, os atores estratégicos que integram diferentes pontos das redes de atenção à saúde (RAS) poderão (re)planejar suas ações com mais assertividade. Assim, questiona-se: Como se pode esboçar uma análise e proposições orientadas pela Saúde Coletiva neste momento?

No Brasil, a constituição do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva foi estruturada a partir de uma concepção ampliada de saúde, que valoriza os condicionantes e determinantes sociais no processo de saúde e doença (NUNES, 1994). As discussões que vêm sendo realizadas no meio acadêmico e nos serviços criam uma visão expandida para a saúde pública, para atender às características da sociedade brasileira, buscando criar suas próprias práticas de cuidado. Muito sinteticamente, esse campo de saberes e práticas nasceu a partir de articulações interdisciplinares entre a Saúde Pública, a Epidemiologia e Ciências Sociais e Humanas.

Logo, a Saúde Coletiva, como área de conhecimento, trabalha com saberes de disciplinas básicas e complementares que possibilitem fundamentar suas práticas de maneira interdisciplinar, com envolvimento multiprofissional, a exemplo da estatística, da demografia, da geografia, da clínica, da genética, das biomédicas básicas, das humanas, da psicologia, da economia, das engenharias, dentre tantas outras (RIBEIRO, 1991). A origem e o desenvolvimento do campo de conhecimentos foram marcados por produtivas tensões interdisciplinares e por tensões com

a constituição da área, sobretudo com o período fértil de reorganização do sistema de saúde brasileiro (LUZ, 2009), produzindo um movimento de atualização de temáticas e abordagens metodológicas que permitem diálogos profícuos com problemas complexos.

Essa especificidade da Saúde Coletiva estende-se também aos profissionais que nela atuam, visto que, “para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010, p. 3), sendo este um marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Neste momento, os cientistas trabalham para encontrar possibilidades de tratamento para a COVID-19, através da descoberta de uma vacina que visualize um caminho para acabar com a pandemia. Neste movimento de gestão compartilhada que está sendo realizado entre os países<sup>5</sup>, visando o desenvolvimento da vacina o Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, atual diretor-geral da OMS disse:

Só pararemos o COVID-19 se demonstrarmos solidariedade [...] Países, parceiros de saúde, fabricantes e setor privado devem agir em conjunto para que os frutos da ciência e

---

<sup>5</sup> A OMS (em 27 de abril de 2020,) assinou um compromisso sem precedentes de colaboração entre pesquisadores de centenas de instituições do mundo para acelerar o desenvolvimento e a produção de novas vacinas, testes e tratamentos do COVID-19 e para garantir o acesso equitativo em escala global.

da pesquisa beneficiem todas as pessoas[...] Nenhum país e nenhuma organização podem fazer isso sozinhos. O COVID-19 Tool Access Accelerator une o poder combinado de várias organizações para trabalhar com rapidez e escala (OMS, 2020).

Felizmente, inúmeras iniciativas comunitárias estão em curso, reunindo e alinhando conhecimentos e potências, em todo o mundo. A Saúde Coletiva, assumindo as condições de campo de saberes e práticas que não abre mão do diálogo com o contexto, pode contribuir com isso, assumindo o protagonismo em várias frentes nesta luta, especialmente ao intervir em ambientes mais vulneráveis, onde há carência de água potável, insegurança alimentar e pessoas que se enquadram nos grupos de risco. Mais do que contribuições das disciplinas isoladas, como análises epidemiológicas puras, ou desde a saúde pública ou qualquer de suas vertentes nas ciências sociais e humanas, o escopo disciplinar ampliado e em diálogo com o contexto, expande a contribuição.

Sua colaboração é fundamental no apoio de municípios, estados e do governo federal, para enfrentamento da crise sanitária, de inúmeras maneiras, na forma de informações, orientações, desenvolvimento de recursos materiais e humanos, e na coordenação de iniciativas e estratégias de enfrentamento desta crise, envolvendo os diversos atores que integram as RAS, no intuito de promover melhores possibilidades de saúde e qualidade de vida. Esse movimento também precisa fortalecer a sua densi-



dade disciplinar, considerando que os indicadores não dispõem de dados consistentes e homogêneos. Como se viu anteriormente, as políticas de saúde têm estratégias diversas e irregulares no território brasileiro e que a diversidade social e humana coloca em vulnerabilidade diversa, sob adversidades muito agudas, alguns grupos sociais e que são necessárias respostas densas e diversificadas. Inclusive que consigam resistir aos movimentos negacionistas que vêm afetando iniciativas básicas nas políticas de saúde, como o questionamento da eficácia das vacinas, da gravidade da pandemia e, mesmo, substituindo as evidências da ciência, na prescrição de medicamentos por interesses privados.

Diversas publicações abordam a temática saúde e a qualidade de vida. Em uma das reflexões encontradas<sup>6</sup>, os termos saúde, qualidade de vida e promoção da saúde referem-se a formas de obtermos qualidade em saúde. Para Martin e Stockler (1998), qualidade de vida é definida como a distância entre expectativas individuais do indivíduo e sua realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor). Entretanto, como pensar em qualidade vida em tempos de pandemia pelo novo coronavírus?

Sabemos que, nesse momento, pensar em qualidade de vida pode parecer utópico, mas não podemos simplesmente esperar a “tempestade passar”. As decisões imediatas devem buscar poupar vidas, garantindo assistência de boa qualidade ao

---

<sup>6</sup> Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e o igual acesso a bens materiais e culturais (OLGA MATOS, 1999).

paciente grave e minimizando danos econômicos, sociais e psicológicos das populações mais vulneráveis, por meio de medidas fiscais e sociais (APUZZO; PRONCZUK, 2020). Entretanto, temos presenciado, há mais de 20 anos, acontecimentos mundiais, e outras crises já vinham se delineando desde a segunda metade do século XX (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) com complexos desafios, principalmente na articulação junto aos novos paradigmas da saúde para o século XXI, que identifica que saúde é produzida socialmente e não é apenas pelo tratamento de doenças.

No caso da pandemia de COVID-19, especificamente, tem culminado uma grande crise mundial, não sendo diferente na população brasileira, que têm diversos grupos sociais em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego, cortes profundos nas políticas sociais e condições estruturalmente desfavoráveis de vida. As políticas econômicas implantadas pelo atual governo têm gerado um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde pública e de pesquisa no Brasil, tornando-se evidente, nesse momento de crise, a importância de investimentos em ciência e tecnologia e nas condições objetivas para que o sistema de saúde que garanta o direito universal à saúde (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Podemos refletir, neste panorama, que a crise na saúde reafirma a necessidade de que os profissionais da saúde devam desenvolver um trabalho dinâmico, interativo, renovado e recomposto a partir de produções ousadas e consistentes, com enfrentamentos que possam suscitar questionamentos e possibilitar reflexões e mecanismos de enfrentamento dos muitos di-

lemas que envolvem a produção de saúde, como o que estamos presenciando neste momento. Mas, o que a pandemia do novo coronavírus tem provocado no mundo, que outras epidemias não provocaram?

Muitas reflexões ainda surgirão, entretanto, em um primeiro momento, já podemos perceber o quanto nosso habitat com a COVID-19 ficou restrito. Apesar de termos 149 milhões de quilômetros quadrados, o mundo ficou totalmente desestabilizado em todos os aspectos, e de forma muito violenta nas áreas da saúde, economia, turismo, entretenimento e cultura, o que, gradativamente vai provocando mudanças em todas outras áreas sociais. A situação é tão complexa, que mesmo com todas as ameaças do vírus e recomendações de que precisamos estar em isolamento social, muitos profissionais precisam atuar diretamente no combate à pandemia, ou para manter serviços essenciais funcionando. E, esses profissionais expõem-se diariamente, muitos deles se contaminando, e até mesmo morrendo.

É uma situação devastadora, inesperada, e que tem deixado a todos incrédulos e perplexos com o que vem acontecendo, de modo que em muitas situações, estamos todos sem saber no que acreditar, o que fazer e no que pensar. O contexto brasileiro atual expõe triplamente os trabalhadores da saúde e de áreas essenciais frente à COVID-19: como cidadãos, expostos às limitações de circulação e acesso a bens de consumo essenciais; como trabalhadores, expostos a riscos físicos de contágio e a riscos psicológicos derivados da sobrecarga e do colapso do sistema de saúde frente à demanda crescente na aceleração da pandemia; e,

ao risco de agressões e violências diante das iniciativas de negação da gravidade da doença e de disputas de enunciados sobre a pandemia. É nesse cenário de incertezas que os trabalhadores da saúde atuam diuturnamente, alguns se contaminando e necessitando de cuidados intensivos e, no pior cenário, infelizmente, evoluem para o pior desfecho.

Cabe destacar a diferença importante que existe entre esta pandemia e outras. Nos últimos anos, epidemias como AIDS, H1N1, Ebola e Zika foram discutidas pela internet, mas, sem dúvida, com a COVID-19 a intensidade deste debate tem se amplificado a cada dia. Aumentar o conhecimento e o aprendizado do público leigo, situando esforços de cidadãos é criar mecanismos para melhorar não somente a governança ambiental e sanitária, mas também para assegurar a participação das comunidades na tomada de decisões e participação nos programas sociais, dando visibilidade à chamada “ciência cidadã” (CUETO, 2020).

Entendendo que atenção à saúde envolve o cuidado com o cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de saúde, respeitando os fatores determinantes e condicionantes sociais<sup>7</sup>;

---

<sup>7</sup> Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais. Os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

constata-se que o caminho a ser percorrido é complexo e encontra sustentação nas relações dos indivíduos e seu meio físico, psíquico, social, político, econômico, cultural e ambiental, sendo imperativo o desenvolvimento de pesquisas científicas, sociais e administrativas.

Contudo, mesmo com falas recorrentes do Diretor-Geral da OMS Dr. Tedros Adhanom, de que nenhum país e nenhuma organização devem buscar sozinhos soluções para a COVID-19 (OMS, 2020), a história da ciência e da saúde, especialmente quando se trata das grandes epidemias, tem revelado grandes problemas da história e da sociedade contemporânea, em que saúde e enfermidade não são somente assunto de cientistas e sanitaristas, pois há sempre uma dimensão política e social envolvidas de forma relevante. E, é justamente isto que tem-se revelado com esta pandemia: governos autoritários, populistas, atacando com torpeza a ciência e a saúde pública, reduzindo drasticamente recursos de pesquisas científicas e do sistema público como um todo (CUETO, 2020) e, em muitas situações, privilegiando a sustentação ao sistema produtivo, numa equivocada equação que pressupõe que a produção de riquezas gera, por si só, desenvolvimento econômico e social.

Assim, a velocidade de propagação da COVID-19 tem gerado uma série de repercussões negativas à saúde coletiva e à saúde pública, decorrentes, sobretudo, da ausência de liderança séria dos nossos governantes, os quais, ao invés de promover vida, tem agravado a condição de pânico, corrupção, violência, xenofobia, desordem, desinformação e que agravam ainda mais

a condição de calamidade sanitária no Brasil. Entretanto, mesmo em meio a este contexto que parece desenhar uma das maiores tragédias já vivenciadas no país, a resistência tem se expressado com base em análises do campo da Saúde Coletiva e de pesquisas aplicadas à compreensão social da pandemia, mobilizando a defesa do SUS, da saúde do povo e da vida, sobretudo dos grupos sociais em maior vulnerabilidade e risco.

E, é justamente neste cenário em que reside a crise gerada pela COVID-19, que encontramos o propósito e o desafio de pensar possibilidades de analisar o trabalho com base na Saúde Coletiva para os tempos de pandemia. Queremos dar, a partir desse momento, um foco na dimensão do trabalho, particularmente na articulação multiprofissional. Interessa pensar sobre o trabalho colaborativo e a interprofissionalidade como potencial estratégico na formação e qualificação dos processos de trabalho em saúde, por entender que este representa passo importante para a construção de agentes de mudanças e participação ativa em meio a esta grande crise, e de outras que infelizmente possam vir. E, por reconhecer a crise organizacional que a pandemia produz, requer colocar em questão as hierarquias técnica e profissional com que temos nos habituado a pensar a organização do trabalho.

### **O potencial do trabalho colaborativo e interprofissional no combate ao novo coronavírus**

O campo da Saúde Coletiva floresceu no Brasil na década de 1970, vinculado ao movimento de luta pela democracia e

pelo movimento da Reforma Sanitária. Seu percurso histórico tem raízes no campo de conhecimento interdisciplinar (OSMO; SCHRAIBER, 2015), e com isso, guarda estreita interface com princípios da epidemiologia social, do planejamento e comunicação na saúde, e da gestão democrática, áreas de forte abrangência nas ciências sociais em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

As práticas de saúde coletiva apresentam especificidades próprias, tanto para sua quantificação, como para a sua explicação, possuindo um desenvolvimento dinâmico por ser produto das relações sociais e interações do meio, de modo que, na presença de normas e regras, se reorganizam ativamente (NUNES, 1994). Com todas essas particularidades, sua construção histórica tem imprimido marcas tanto no campo epistemológico como nas práticas e na formação da área (FRANCO, 1994).

O trabalho colaborativo e a interprofissionalidade são conceitos de grande potencialidade para organizar ações no combate ao novo coronavírus. Os princípios da educação interprofissional (EIP) se aplicam tanto no âmbito da formação na graduação, como nas diferentes profissões de saúde, sobretudo nas ações de educação permanente junto aos profissionais componentes da equipe de trabalho (BARR, 2005), para qualificar alunos e profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia COVID-19. Ou seja, estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde.

Muitas iniciativas brasileiras foram realizadas nos últimos 20 anos no sentido de buscar oferecer oportunidades de aprendizado em conjunto com outras categorias profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias ao trabalho coletivo em equipe, repercutindo em uma atenção às necessidades de saúde eficaz e integral. Esse movimento tornou possível a implementação de dispositivos importantes, como as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde a partir de 2001 e a Rede Colaborativa de Educação Interprofissional e Trabalho na Saúde.

Em 2016, esta discussão ganhou ainda mais força, quando a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), na Reunião de Bogotá, na Colômbia, discutiu a educação interprofissional na atenção à saúde e a capacitação de recursos humanos para alcançar a saúde universal. O encontro enfatizou a necessidade urgente de adoção generalizada da EIP, recomendando que instituições educacionais adaptem suas estruturas organizacionais e modalidades de ensino para promovê-la, e assim, estimular a prática colaborativa.

Ao lermos sobre experiências da EIP no Brasil, mesmo com o estímulo e investimento de órgãos internacionais e nacionais e universidades, constata-se que é uma estratégia inovadora, mas ainda pouco disseminada e compreendida pelos profissionais do ensino e dos serviços (COSTA, *et al.*, 2019; FREIRE FILHO, *et al.*, 2019; ELY; TOASSI, 2018; SILVA, *et al.*, 2015; PEDUZZI, *et al.*, 2013). Entretanto, as experiências em aplicação a esta prática demonstram que a EIP pode ajudar profissionais na tomada de decisões mais assertivas.



O relatório da 66ª Assembleia Mundial de Saúde afirma que enfoques inovadores são necessários para elaborar programas e políticas que reforcem a força de trabalho mundial do setor saúde e sinalizam a necessidade de que Estados-Membros desenvolvam políticas e planos abrangentes de recursos para a saúde, incluindo a educação da força de trabalho como um de seus elementos-chave (OPAS, 2016). Quando pensamos como deve ser tratada a aquisição de conhecimento com base em concepções do campo da Saúde Coletiva, surgem novas perspectivas para abordar a temática. A partir de dispositivos de integração e colaboração entre pessoas e profissionais, tanto na academia como nos serviços, precisamos clarificar que “saúde” queremos ensinar ou aprender, para assim, poder compreender que “atenção à saúde” queremos oferecer à sociedade. Ou seja, não se tratará somente de pensar a interprofissionalidade como consequência do ensino, mas também como aprendizado no trabalho e pelo trabalho, quando passa a compor aprendizagem pela educação permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

Cabe destacar que vários profissionais e docentes que estão atuando atualmente com o conceito da formação e da prática colaborativa, não tiveram essa formação nos bancos acadêmicos ou em sua prática diária. De qualquer modo, para Paim e Almeida Filho (1998), é plenamente legítimo buscar a superação desta prática na direção de uma saúde coletiva capaz de buscar novas visões compartilhadas.

Especialmente em tempos de pandemia de COVID-19, Cabral e colaboradores (2020) ressaltam a importância de se pensar estratégias conjuntas de enfrentamento, estabelecendo linhas de cuidado na RAS, trabalho interprofissional, parcerias intersetoriais, melhoria da comunicação entre os níveis de atenção, fortalecimento do controle social e implementação de protocolos clínicos e de manejo de casos suspeitos e confirmados; estabelecendo assim, uma rede de cooperação voltada para o cuidado longitudinal no enfrentamento eficaz da pandemia.

Müller (2020), em um estudo de revisão integrativa, reuniu experiências brasileiras de integração colaborativa e interprofissional exitosas na formação em saúde e enquanto estratégias utilizadas nos cenários da prática. O estudo destaca que os campos de práticas têm grande potencial para que a formação em saúde possa cumprir o seu papel ético e social de formar profissionais de e para a saúde, além de proporcionar uma formação para que acadêmicos possam compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas interprofissionais e colaborativas e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde.

No entanto, questiona-se como tem se dado o encontro entre os cenários da prática e a graduação em tempos de pandemia, já que o momento se traduz em grande e complexo desafio para docentes e alunos dos cursos da área de saúde nos processos de ensino e de aprendizagem no enfrentamento da COVID-19.

Na tentativa de conter a pandemia, seguindo as orientações da OMS de evitar aglomerações, estudantes estão sem aulas

desde 15 de março de 2020, considerando o fechamento total ou parcial das universidades em mais de 150 países. No Brasil, as aulas presenciais estão suspensas em todo o território nacional e essa situação, além de imprevisível, deverá seguir ritmos diferenciados de retomada nas diferentes regiões brasileiras, a depender da extensão e intensidade da contaminação pela COVID-19. Ante o cenário desconhecido e de previsões incertas, universidades tentam se reorganizar para o enfrentamento das dificuldades impostas. Dessa forma, está limitada a perspectiva de uso de metodologias e tecnologias destinadas a processos de interação que possam viabilizar atualmente as atividades práticas e estágios em espaços de trabalho interprofissional. Além disso, para que se possa ter um olhar para as oportunidades trazidas pela dificuldade do momento, estão sendo necessários esforços no sentido de que sejam criadas ou reforçadas atividades de ensino remoto por plataformas *online*, na medida do possível, que sirvam de referência para docentes e acadêmicos não apenas para o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem em períodos de normalidade, quanto em momentos de emergência como este.

Em decorrência deste cenário, competências previstas como a aproximação, o vínculo e as relações de confiança entre docentes, acadêmicos, profissionais de saúde, gestores, trabalhadores e usuários estão prejudicadas devido o distanciamento academia/serviços. Fragilizados e sensíveis aos discursos necessários para o aprendizado interprofissional e colaborativo, momentos de reflexão e produção de sentido estão postos.

Reitera-se que a pandemia da COVID-19 representa uma oportunidade ímpar para a promoção da interação acadêmica com profissionais de diversas áreas da saúde para o enfrentamento conjunto de problemas, o que exige a cooperação e competências de todos, até porque, é no agir do cotidiano das instituições que a formação ganha materialidade. E, em meio à crise, serviços essenciais como os da saúde precisam continuar. Diante da pandemia ou outras situações que demandem aumento na capacidade de resposta do sistema de saúde, os serviços de saúde e a comunidade poderiam se beneficiar com o envolvimento de acadêmicos nos esforços de resposta. No entanto, a experiência de 2020 está sendo marco decisivo na educação.

Se pensarmos nos desafios da educação e do trabalho nesses tempos de pandemia, interprofissionalidade e colaboração são pequenos componentes, contudo, com potência para qualificar a atenção à saúde na medida em que permitem avançar na abordagem integral do cuidado e na formação de profissionais da saúde que estejam melhor preparados para o desafio que é trabalhar junto e de forma integrada.

Capazzolo *et al.* (2018) reforçam que o trabalho em equipe se beneficia do trabalho colaborativo e interprofissional, requerendo ser desenvolvido durante toda a formação acadêmica e profissional. Seria essencial à formação em saúde um currículo capaz de provocar mudanças, superando o ensino esfacelado, fragmentado e que dissocia teoria e prática (COSTA *et al.*, 2018), passando a ampliar, disseminar e potencializar experiências educacionais e de trabalho que produzam interações signifi-

cativas nos diferentes coletivos, pois impactam na formação e no trabalho em saúde (LIMA *et al.*, 2018).

A construção de currículos integrados traz sentidos ao processo educacional nos campos ideológico, filosófico, político e social dos atores envolvidos. Acadêmicos, docentes, profissionais, trabalhadores, usuários/pacientes/clientes encontram-se em processos de ensino e de aprendizagem em grupos interprofissionais nos serviços na atenção básica, mesmo considerando a experiência desafiadora, trabalhosa e extremamente difícil. E, se tiverem espaço e voz, estarão inseridos em processos democráticos (SILVA *et al.*, 2008).

Em uma análise da construção e execução de projetos pedagógicos em seis cursos da área da saúde, no entanto, ficou evidente a resistência de alguns docentes para mudanças neste sentido, explícita na dificuldade de implantação imediata de currículos integrados, na forma de avaliação dos processos de ensino e de aprendizagem e na implantação das práticas nos cenários da saúde (POLETTI; JURDI, 2018). Depreende-se desta análise falhas anteriores à execução do trabalho pedagógico, não acolhido por esses docentes, que sequer envolveram-se com a promoção, orientação e possibilidade de mudança na abordagem do conteúdo, sempre em atenção e respeito às fases da aprendizagem do aluno, ou até mesmo uma formação inadequada dos docentes que atuam ou irão atuar no ensino, além da defasagem entre ensino, realidade e aspectos pedagógicos. Quanto mais atento o docente estiver aos aspectos e às características da aprendizagem, mais eficiência o ensino alcançará. Ainda há um

longo caminho a percorrer para uma formação de profissionais qualificada ao trabalho colaborativo e em equipe, que responda às necessidades sociais da população brasileira e ao desenvolvimento efetivo do SUS.

A EIP e a atenção à saúde no enfrentamento da COVID-19 estão colocadas no cenário de profundas mudanças do mundo da produção, ensejando investimentos na formação em saúde que leve ao trabalho colaborativo e uma forma de aprendizagem que integre e interaja com todas as profissões, permitindo maior compreensão dos papéis específicos de cada profissional. Estas atitudes potencializam o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe (BARR, 2015; REEVES, 2016). No Brasil, já existem experiências acadêmicas para uma formação interprofissional, entretanto, ainda se revelam lacunas para superar barreiras para envidar melhorias nas relações interpessoais e nos processos de trabalho para uma prática interprofissional efetiva (MÜLLER, 2020).

O ano de 2020 marca o desenvolvimento extraordinário de conhecimentos sobre o novo coronavírus e cabe perguntar: como isso chega ao cuidado em saúde? Identifica-se claramente a necessidade de se ter todas as áreas de conhecimento acadêmicas e as experiências não acadêmicas envolvidas em cenários e situações diferentes, mas complementares - Estratégias para a Prática Interprofissional Colaborativas em Saúde (PICS).

Segundo a OMS (2010), a EIP tem sido apontada por gestores, profissionais de saúde e educadores como uma estratégia para a colaboração e prestação de serviços em cenários de prá-

tica, nos quais estudantes de diferentes profissões aprendem de forma cooperativa a tomarem decisões conjuntas. Entretanto, essas estratégias dependem muito de iniciativas efetivas de pessoas, instituições e governos.

Nos últimos anos, várias estratégias para o estímulo ao trabalho interprofissional foram experienciadas e muitas delas foram publicadas, servindo como um processo de avaliação para que se possa dar continuidade ou reformular. No Brasil destacam-se as Residências Multiprofissionais (RMP), o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde).

Miguel *et al.* (2018) detalham como se deu a implantação de mudanças curriculares dos cursos da saúde na Universidade Estadual de Maringá e que isto estimulou o ensino interprofissional e as práticas colaborativas, destacando que a cooperação interprofissional está relacionada aos sentidos e significados que os profissionais dão ao seu papel no trabalho compartilhado, na sua forma de atuação e nas diretrizes de trabalho. Estudo de Silva *et al.* (2015) identificou na percepção de docentes, trabalhadores de saúde e estudantes, que a EIP promove mudanças não só nos modelos das práticas, mas na formação dos profissionais de saúde, haja vista ser uma prática colaborativa com foco no usuário, assegurando maior resolutividade aos serviços prestados e qualidade em saúde.

O Projeto VER-SUS, criado em 2003, para intervir no processo de ensino e de aprendizagem, colocou em pauta a necessidade da integração entre os diversos cursos e profissionais,

para que estes pudessem inventar e reinventar formas de atuar colaborativa e interprofissionalmente, visando melhores resultados à formação e ao trabalho em saúde. Amaral *et al.* (2018), em uma análise do VER-SUS/Sobral nos anos de 2012 a 2016, mobilizaram estudantes de universidades públicas estaduais, federais e particulares dos cursos de Ciências Sociais, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Elétrica, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Letras, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional e outras áreas afins, como Administração. As constatações dos autores feitas a partir destes 4 anos de experiência ensino/serviço mostraram que houve construção, discussão e ampliação dos olhares a partir da junção das diferentes perspectivas de cada categoria profissional e também foi observado o protagonismo estudantil.

Costa e Borges (2015), ao explorarem as principais mudanças induzidas pelo PRÓ-PET/ Saúde ratificam que as mudanças na formação em saúde com base no fortalecimento da articulação ensino/serviço deram-se, principalmente, nos serviços, pela diversificação dos cenários de práticas e inovação dos métodos de ensino; pelo fomento a pesquisa em articulação com as necessidades sociais e de saúde; e, pelo estímulo à educação interprofissional e colaborativa. Na academia, essas mudanças na formação em saúde movimentaram docentes na forma de ensinar e alunos na forma de aprender e de se relacionar com as situações de saúde, além da interação com os trabalhadores da saúde e usuários.

As RMPs destacaram enquanto estratégia para o desenvolvimento do trabalho interprofissional (LEWGOY *et al.*, 2019 ; ARNEMANN *et al.* ,2018; ARAÚJO *et al.*, 2017; BONES *et al.*



2015; MIRANDA NETO *et al.*, 2015; CASANOVA *et al.* , 2018; PEREGO, 2015; EVANGELISTA *et al.* 2018). Confirmando a importância das residências ao trabalho interprofissional, Wetzel *et al.* (2018) destacam as ações de educação permanente para a construção de processos de mudanças das práticas de cuidado, desafiando a micropolítica do encontro trabalhador-residente. Além disso, Casanova *et al.* (2018) ressaltam que o trabalho interprofissional amplia e melhora os resultados em saúde, favorece a atuação centrada no usuário/paciente/cliente/trabalhador, na identificação das necessidades de saúde, com compartilhamento de práticas e procedimentos.

Políticas públicas são, igualmente, estratégias necessárias e importantes para o desenvolvimento da EIP enquanto apoio às equipes de saúde. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) promoveu inovações nos processos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Uma negociação inédita entre União, estados e municípios baseada em responsabilidades sanitárias, na construção de um novo modelo de financiamento da saúde, na gestão solidária e cooperativa, no fortalecimento do controle social. A partir dos compromissos sanitários assumidos pelo Pacto da Saúde, Matuda *et al.* (2015) exploraram detalhes do trabalho colaborativo e interprofissional nos serviços de saúde da atenção básica, sendo apontadas pelos profissionais da saúde tensões entre lógica profissional tradicional e colaboração, compartilhamento de responsabilidades e práticas, lógica dos encaminhamentos e insuficiência de dispositivos organizacionais, particularmente quanto à diretriz de descentralização e da ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde.

As implicações apresentadas levam a considerar que toda a elaboração e construção coletiva de aspectos relativos à gestão do trabalho e da educação na saúde requerem busca de soluções adequadas aos limites e às potencialidades dos serviços no contexto da COVID-19, e todo o profissional da saúde deve ser considerado, e preparado, para entender que sua atividade pode ter um papel importante no combate à pandemia, que avança em todos os continentes, em diferentes culturas e nacionalidades. Vive-se uma situação de crise e emergência, com reflexos sociais, econômicos e sanitários, e mesmo as políticas e ações governamentais estando voltadas às possibilidades de contenção e mitigação dos efeitos biológicos e letais da doença, constata-se entre os profissionais expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente aqueles que atuam em hospitais e unidades de saúde, exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho (THE LANCET, 2020).

Entende-se que o trabalho em saúde é carregado de subjetividades, sendo em sua essência relacional, exigindo uma formação de qualidade, além de educação permanente e competências específicas para atender as demandas do cuidado.

### **Lições, aprendizados e desafios atuais para a saúde coletiva**

O desafio de disparar novas estratégias no sentido de minimizar os prejuízos ocasionados pela suspensão das atividades acadêmicas práticas nos cenários do trabalho, em decorrência da

pandemia por COVID-19, é crucial neste momento, visando à continuidade de ações colaborativas e interprofissionais de alunos, docentes, outros profissionais da saúde, gestores ou usuários/pacientes/clientes/trabalhadores nos cenários da saúde. Não houve tempo para um planejamento prévio de como conduzir os impasses frente às mudanças que têm se acelerado dia-a-dia e em que o trabalho nunca é o mesmo, bem como não se tem um roteiro específico. É como se lançar para o desconhecido e assumir os riscos, orientar a interprofissionalidade e integrar ações com os serviços de saúde que se fazem urgentes.

A integração interprofissional é imprescindível mesmo? Primeiro, seria importante dizer que este período ‘anormal’ nunca em época alguma voltará a ser ‘normal’.

As experiências estão nos mostrando que o conviver interativo é um movimento potente para o desenvolvimento de viver colaborativamente, no mundo pós COVID-19. E, esse vai ser nosso desafio no fechamento deste capítulo.

Esta não é apenas uma crise de saúde, mas uma crise humana; uma crise de emprego; uma crise humanitária e uma crise de desenvolvimento. E não é apenas sobre os mais vulneráveis. Esta pandemia mostra que estamos todos em risco, porque somos tão fortes quanto o sistema de saúde mais fraco. Sua escala sem precedentes exige uma resposta sem precedentes (GUTERRES, António. Secretário-Geral das Nações Unidas, 2020).

A COVID-19 nos mostra claramente que teremos que re-fazer nossos ‘valores humanos’ para voltar a viver e buscar novas formas de produzir ‘bens’<sup>8</sup>.

Pensando em nossa vida e meio ambiente não em um consumo por status e poder, e observando que estamos produzindo e consumindo bens desnecessários, com a destruição de nosso meio ambiente vemos que precisamos preservar nossa casa, nossas instituições, nossa cidade, nosso país, nosso mundo, utilizando à cooperação entre pessoas, profissionais, instituições, governos.

Para isso precisamos repensar nossos Valores Humanos, que são características que nos diferenciam do restante dos seres vivos e estão relacionados, principalmente, à nossa dignidade<sup>9</sup> e moral<sup>10</sup>. Os valores humanos podem ser revistos a partir da evolução espiritual dos seres humanos e do cuidado ao seu habitat. E, talvez este seja um ponto importante a ser revisto em tempos de COVID-19<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Produtos que utilizamos ou consumimos para atender às nossas necessidades (que necessidades? merecem uma grande discussão pós CORONA-19).

<sup>9</sup> Para o filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804), a dignidade é o valor de que se reveste tudo aquilo que não tem preço, ou seja, que não é passível de ser substituído por um equivalente.

<sup>10</sup> Para o filósofo alemão Friedrich Hegel (1770-1831) temos dois tipos: moral objetiva, aquela que faz com que as pessoas obedeçam as leis morais, estabelecidas pelos padrões, leis e tradições de uma sociedade; e a moral subjetiva, quando a pessoa pratica ou cumpre um dever moral de forma espontânea, por sua própria vontade.

<sup>11</sup> COVID-19 - Queremos dizer qualquer situação crítica de nossas vidas que tenhamos que enfrentar à partir de agora.

Entre os valores importantes a serem refletidos, escolhemos alguns que foram colocados em ordem alfabética: amizade; amor-próprio; autoconfiança; compaixão; coragem; cortesia; dedicação; educação; empatia; espontaneidade; dignidade; flexibilidade; generosidade; gratidão; honestidade; humildade; justiça; lealdade; liberdade; maturidade; otimismo; perseverança; responsabilidade; solidariedade; tolerância; entre tantos outros. Esta é uma lista incrível, não é mesmo? Mas pode ser ampliada, pelos leitores, mas também pelo processo de evolução da vida. Refletir sobre eles em seus grupos sociais, de trabalho, de família, coletivos, com respeito pelas pessoas e suas culturas, religiões, experiências, conhecimentos, é desafio e necessidade.

Entretanto a retomada de reflexão dos valores não deve ser só para lermos, mas para efetivamente buscarmos com criticidade retomá-los em nossas vidas, em nosso trabalho, na educação, na sociedade. Utilizá-los no dia-a-dia repercutirá no cotidiano em todos os seus aspectos (pensamentos e atitudes).

A outra sugestão é nos determos na mudança no consumo de ‘bens’ e que necessariamente pode alterar o processo de trabalho.

Sáímos do ‘trabalho artesanal’ para o ‘trabalho industrializado’, iniciamos a produção e distribuição de bens em escalas e posteriormente investimos na prestação de serviços e na alta tecnologia<sup>12</sup> este é um ponto importante a ser repensado a partir do COVID-19.

---

<sup>12</sup> Tecnologia da Informação (TI) definida como conjunto de atividades e soluções providas por recursos de computação que visam permitir a produção, armazenamento, transmissão, acesso, segurança e o uso das informações.

Atualmente vivemos uma alta produção de bens e em um processo inovador tecnológico que estimula o consumo em excesso. Será que esse consumo desenfreado é tão necessário a nossa sobrevivência e nossa qualidade de vida?

Ao nos reportarmos ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é a medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de “desenvolvimento humano”, e que combina expectativa de vida ao nascer, com acesso ao conhecimento e o PIB per capita podemos ter algumas informações. Dados das Nações Unidas (ONU) de 2018, publicado em 2019, indicam que dos 189 países avaliados, a Noruega (Europa) tem o maior IDH com 0,954, o mais baixo é o da República do Níger (África) com 0,377. O Brasil ficou em 79 lugar com IDH 0,761, sendo que quando foram iniciadas as medidas, em 1990, o índice era de 0,590.

O administrador do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), vinculado a ONU, Achim Steiner referiu que:

A covid-19, com seu triplo impacto em saúde, educação e renda, pode mudar essa tendência sendo que se constata que as quedas nos níveis fundamentais do desenvolvimento humano estão sendo sentidas na maioria dos países, sejam estes ricos ou pobres. A estimativa do PNUD é de que a renda per capita global dê uma recuada de 4% neste ano (PNUD, 2020).

Entretanto, ao termos esta informação nos deparamos com a notícia de que os 2.153 bilionários existentes no mundo possuem mais riqueza que 4,6 bilhões de pessoas (60% da população mundial)<sup>13</sup> e, neste momento da pandemia, foram os grupos que mais tiveram seus ganhos elevados. A revista Exame<sup>14</sup> escreve que os americanos Jeff Bezos (Amazon.com.Inc.), Bill Gates (Microsoft Corporation), Mark Zuckerberg (Facebook), Warren Buffett (Berkshire Hathaway) e Larry Ellison (Oracle Corporation) faturaram, neste período (Março-Abril/2020), 75,5 bilhões de dólares.

Em janeiro de 2020, no Fórum Econômico de Davos, um grupo liderado pelos herdeiros da Disney, divulgaram uma carta defendendo tributação adicional de 0,5% sobre as grandes fortunas dos 1% mais ricos. Segundo a carta, em 10 anos os valores arrecadados poderão criar 117 milhões de empregos em educação, saúde e assistência a idosos e outros setores<sup>15</sup>.

Retornando à informação do recuo de 4% na economia, após a epidemia do CORONA-19, a pergunta que se faz neste momento é em quem recairá esse problema financeiro pelo recuo da economia?

---

<sup>13</sup> Relatório da Oxfam, Fórum Econômico Mundial realizado entre os dias 21 e 24 de janeiro de 2020 na Suíça. Disponível em: <https://oxfam.org.br/todas-noticias/>

<sup>14</sup> <https://exame.com/negocios/bilionarios-americanos-ficam-434-bilhoes-de-dolares-mais-ricos-na-pandemia>

<sup>15</sup> Comentaristas perguntaram se não seria melhor ao mundo se “abolisse os bilionários”(F. Manjoo. (6 de fev. 2019). “Abolish Billionaires: A Radical Idea is Gaining Adherents on the Left. It’s the Perfect Way to Blunt Tech-driven Inequality”. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2019/02/06/opinion/abolish-billionaires-tax.html>.

A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL/ONU) em sua publicação de maio de 2020, ao falar da epidemia que estamos vivenciando analisa como a maior crise econômica e social das últimas décadas. Referem que ela afetará de forma muito fortemente negativa nos empregos e na luta contra a redução da pobreza e desigualdade, que foram os compromissos assumidos na agenda de 2030, para um Desenvolvimento Mundial Sustentável. Segundo a própria comissão a única opção estratégica é avançar para um novo modelo de desenvolvimento por meio de uma maior integração no mundo.

Na publicação das Diretrizes das Nações Unidas, como resposta socioeconômica imediata à crise da COVID-19 (ONU, 2020), recomendam cinco medidas prioritárias para lidar com a complexidade desta crise: saúde em primeiro lugar: proteção dos serviços e sistemas de saúde durante a crise; proteção de pessoas: proteção social e serviços básicos; respostas e recuperação econômica: proteção de empregos, pequenas e médias empresas e trabalhadores do setor informal; resposta macroeconômica e colaboração multilateral: fazer com que as políticas macroeconômicas funcionem para todos; coesão social e resiliência comunitária: promoção da paz, a boa governança e a confiança para construir coesão social.

Qual a lição fica para depois da pandemia? Os gestores públicos precisam ter uma visão interprofissional para lidar com este novo mundo interconectado. A situação atual é gravíssima e deve ser bem compreendida pela sociedade, pessoas de todas as idades, de todos os níveis socioeconômicos, de todas as pro-



fissões, em todos os continentes. Essa é uma crise mundial de grandes proporções, ocasionada por um vírus que consome os recursos de saúde, lota leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de emergência e desafia a ciência em busca de uma cura.

Faz-se mister traçar um caminho de retorno às atividades práticas nos cenários do trabalho, de modo a garantir a segurança dos estudantes, algo crucial neste momento em que alunos e docentes estão afastados dos campos de prática por causa do isolamento social. A comunidade científica e as equipes nacionais e internacionais de vigilância epidemiológica monitoram as tendências da epidemia e tentam entender a heterogeneidade dos indicadores entre diferentes regiões com transmissão. Para Freitas *et al.* (2020), estes indicadores variam de acordo com ações, rotinas, disponibilidade de suprimentos, estrutura de serviços de saúde e de vigilância, questões culturais e políticas.

Após a análise de conjuntura e preparação de alunos e docentes, e se o contexto epidemiológico permitir, o retorno aos espaços de formação em saúde e ao trabalho colaborativo e interprofissional poderão somar esforços no enfrentamento da pandemia, com convivência com o serviço, integrando equipes, com aproximação com a comunidade e com as demandas dos usuários.

## **Considerações Finais**

Diante de toda a construção que realizamos ao longo do capítulo, muitas questões emergiram neste processo, talvez al-

gumas delas não puderam ainda contar com respostas efetivas, mas podemos visualizar a esperança de que possamos junto aos conhecimentos compartilhados visualizar um tempo ‘anormal’ para buscar um novo tempo ‘normal’.

A Saúde Coletiva como campo de conhecimento e práticas e seus participantes podem buscar novos potenciais na interprofissionalidade, para buscar novos conhecimentos ou talvez conhecimentos invisíveis, e utilizá-los como passos de mudanças para vencer essa anormalidade.

Vamos deixar aqui algumas pautas para servirem de discussão e reflexões com criticidade para auxiliar neste novo processo de trabalho e conhecimento humano colaborativo que devemos enfrentar nos tempos que virão:

- a) Entender que ‘crises’ não são causas e sim consequências, então temos que enfrentá-las diariamente para achar soluções ou refletir sobre possíveis soluções;
- b) Entender que durante anos temos respostas insuficientes aos problemas de saúde como um todo. Assim como temos falta de líderes que governem, temos visto à dificuldade de discutirmos nossos valores de humanidade onde estamos vendo o retorno veloz de movimentos xenófobos; vivendo uma crise de desinformação (em pleno século da comunicação); da desordem política da sociedade que vem agravando para essa crise sanitária.
- c) Discutir as fragilidades humanas que estão provocando

as diferenças na sociedade, criando instabilidades e dificuldades para romper essas diferenças.

- d) Como essa pandemia piora a economia e melhora o meio ambiente? Como resolver isso;
- e) Onde a era da tecnologia da informação está convivendo com tantas desinformações;
- f) Colocar as Políticas Públicas como pauta de discussão na sociedade para não ser interpretada como Política Partidária.
- g) Começar a pensar numa nova sociedade ou uma outra sociedade.

E, assim, concluímos esse capítulo com o pensamento de Boaventura de Souza (2020):

A nova articulação pressupõe uma viragem epistemológica, cultural e ideológica que sustente as soluções políticas, econômicas e sociais que garantam a continuidade da vida humana digna no planeta. Essa viragem tem múltiplas implicações (SANTOS, 2020).

## **Referências**

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Técnica Abrasco: **Apagão de Dados no enfrentamento à pandemia de**

**Covid-19.** Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conass-informa-n-257-2020-nota-tecnica-abrasco-apagao-de-dados-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

AMARAL, Vitória Ferreira do *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1787-1797, 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601787&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601787&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0715>.

APUZZO, M; PRONCZUK, M. COVID-19's economic pain is universal. But relief? Depends on where you live. **The New York Times** 2020; 23 mar. Available from: <<https://www.nytimes.com/2020/03/23/world/europe/coronavirus-economic-relief-wages.html>>. Access on: 06 June 2020.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, Sept. 2017. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 05 June 2020. Epub Jan 23, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

ARNEMANN, Cristiane Trivisio *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1635-1646, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601635-&lng=pt&nrm=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601635-&lng=pt&nrm=)

iso>. Acesso em: 05 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>.

BACKER, J. A.; KLINKENBERG, D.; WALLINGA, J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. **Euro Surveill**, 2020; 25(5): pii = 2000062. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062>

BARR, H. 2005. **Interprofessional education**: today, yesterday and tomorrow: a review. Revised edition June 2005. London, UK Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network. doi: Occasional Paper No 1. Disponível em: < <https://westminster-research.westminster.ac.uk/item/92v05/multiprofessional-interprofessional-education> >. Acesso em: 06 jun. 2020.

BARR H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. Centre for Advancement of Interprofessional Education. [Internet]. 2015 [cited Aug 4, 2018]; Available from: < <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement/> >. Acesso: 04 jun. 2020.

BATISTA, Nildo Alves et al . Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1705-1715, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601705&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601705&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>.

BBC. NEWS Brasil. A cientista que descobriu o primeiro coronavírus humano - após ter abandonado escola aos 16 anos. Disponível em:

<<https://www.bbc.com/portuguese/geral-52303032>>. Acesso em: 05 maio 2020.

BONES, A. A. N. DA S.; CAZELLA, S. C.; WEBER, L. S.; COSTA, M. R. R. DA; SARAIVA, M. P.; BOPSIN, M. R. Weaving interdisciplinary practices into the avoidance of violence in the multiprofessional residence. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 21 Dec. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001. Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de ciências biológicas. **Diário Oficial da União** [Internet]. 3 Out 2001 [citado 20 Nov 2015]. Sec. 1, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial de União** 2006; 22 fev. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 29 abril 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006-1&lng=en&nrmiso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006-1&lng=en&nrmiso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Inter-American Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-12, 2020. Available from: <<https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/87>>. Access on: 08 June 2020. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lúcia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. Epub July 10, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1675-1684, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601675&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601675&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS repudia acusação de manipulação de dados sobre Covid-19. Disponível

em: <<http://www.conass.org.br/conass-repudia-acusacao-de-manipulacao-de-dados-sobre-covid-19/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, Mar. 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100197&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020.

COSTA, Marcelo Viana da; AZEVEDO, George Dantas; VILAR, Maria José Pereira. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 64-76, Aug. 2019. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000500064&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500064&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s105>.

COSTA, Dayane Aparecida Silva *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, Dec. 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000401183&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401183&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. Epub Aug 06, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.

CUETO, Marcos. O que um historiador da saúde tem a dizer sobre a pandemia do novo coronavírus (Covid-19)? Entrevista de Marcos Cueto a Bruno Leal. In: **Café História** – História feita com cliques. Disponível em: <<https://www.cafehistoria.com.br/umhistoriador->



-da-saude-fala-sobre-novo-coronavirus/>. Publicado em: 30 mar. 2020. Acesso: 07 jun. 2020.

DAL POZ, MRD.; PERANTONI, CR.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from: SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjh/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>>. Vol. 3. pp. 187-233. ISBN 978-85-8110-017-3.

ELY, Luciane Ines; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1563-1575, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601563&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601563&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>.

FIGUEREDO, Wilton Nascimento *et al.* Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1697-1704, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601697&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601697&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jun. 2020. Epub 10-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0678>.

FLEURY MTL, FLEURY A. Construindo o conceito de competência. **Rev Adm Contemp** [Internet]. 2001[cited 2014 May 12]; 5(sp): 183-96. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G.. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, A. S. La Salud al final del milenio. **Cuad. Méd. Soc.** (68):39-55, 1994.

FREIRE FILHO, José Rodrigues *et al.* Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 50-63, Aug. 2019. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000500050&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500050&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s104>.

FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALISIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020119, 2020. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000200900&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200900&lng=en&nrm=isso)>. Access on: 13 June 2020. Epub Apr 06, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>.

GREEN, Matthew (13 de março de 2020). «Air pollution clears in northern Italy after coronavirus lockdown, satellite shows». **Reuters**. Consultado em 16 de março de 2020

JAKOBSEN, R. B. *et al.* Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma team training for medical and nursing students. **J Interprof Care**. 2018; 32(1):80-8.

KEESARA, S.; JONAS, A.; SCHULMAN, K. Covid-19 and health care's digital revolution. **New England Journal of Medicine**, 2020.

KYHLSTEDT, M.; ANDERSSON, S. W. Diagnostic and digital solutions to address the COVID-19 pandemic: The need for international collaboration to close the gap. **Health Policy and Technology**, 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.04.010>

LAM, T.T., SHUM, M.H., ZHU, H. *et al.* Identifying SARS-CoV-2 related coronaviruses in Malayan pangolins. **Nature** (2020). Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2169-0>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista *et al.* A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 39, n. 1, June 2019. ISSN 2357-9730. Available at: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87747>>. Access: 06 jun. 2020.

LI, G.; DE CLERCQ, E. (março de 2020). «Therapeutic options for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)». **Nature Reviews: Drug Discovery**. 19 (3): 149–150. PMID 32127666. doi:10.1038/d41573-020-00016-0. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32127666>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

LIMA, Valéria Vernaschi *et al.* Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1549-1562, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601549&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601549&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0722>.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, Aug. 2005. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=s>

ci\_arttext&pid=S1414-32832005000200012&lng=en&nrm=iso>. Access on: 06 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012>.

LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz de *et al.* A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1661-1673, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601661&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601661&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0466>.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.304-311. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2020.

MATUDA, Caroline Guinoza et al . Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, Aug. 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>.

MARTIN A.J; STOCKLER M. Quality-of-life assessment in health care research and practice. **Eval Health Prof.** 1998; 21(2):141-156. doi:10.1177/016327879802100202.

MATOS, O. Das formas modernas do atraso. **Folha de S. Paulo**, Primeiro Caderno, 27 de setembro de 1998, p. 3. Acesso em: 05 de maio de 2020.

METRI, M.; CRESPO, E. **Economia em Tempos de COVID-19: reflexões para enfrentamento**. 18 De Março. Disponível em: <[https://www.academia.edu/42262714/Economia\\_em\\_Tempos\\_de\\_COVID-19\\_reflex%C3%B5es\\_para\\_enfrentamento](https://www.academia.edu/42262714/Economia_em_Tempos_de_COVID-19_reflex%C3%B5es_para_enfrentamento)>. Acesso em: 06 jun. 2020.

MCMAHON, Jeff (16 de março de 2020). «Study: Coronavirus Lockdown Likely Saved 77,000 Lives In China Just By Reducing Pollution». **Forbes**. Consultado em 16 mar. 2020.

MYLLYVIRTA, Lauri (19 de fevereiro de 2020). «Analysis: Coronavirus has temporarily reduced China's CO2 emissions by a quarter». **CarbonBrief**. Consultado em 16 mar. 2020.

MIGUEL, Edson Arpini *et al.* Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1763-1776, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601763&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0576>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Rev.**

**Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-593, Aug. 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000400586&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400586&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>.

MÜLLER, J.L. **A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde**: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de curso, (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva, UFRGS, 2020.

NEWBURGER, Emma (13 de março de 2020). «Coronavirus could weaken climate change action and hit clean energy investment, researchers warn». *CNBC*. Consultado em 16 mar. 2020.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>.

ONU. Documento da Secretaria Geral sobre Responsabilidade Compartilhada e Solidariedade Global. Uma estrutura da ONU para a resposta socioeconômica imediata ao COVID-19. Abril de 2020. Disponível em: <<https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>>. Acesso em: 25 maio 2020.

OMS. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3). Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2020.

OPAS. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017.

\_\_\_\_\_. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 2017. Disponível em: <[https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy\\_HR\\_CSP29.R15\\_port.pdf](https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf)> Acesso em: 29 abril 2020.

OPAS. [homepage na internet]. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [acesso em 27 mar 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, June 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Aug. 1998. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001-&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 25 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

PEDUZZI, Marina *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977-&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p199-201, Mar. 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0132, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100431&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. Epub Aug 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/BRA-SI). COVID-19: DESENVOLVIMENTO HUMANO DEVE RETRO-CEDER PELA PRIMEIRA VEZ DESDE 1990. Disponível: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2020/covid-19>> Acesso em: 25 maio 2020.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **In-**



**terface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1535-1547, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.

POLETTI, Patricia Rios; JURDI, Andrea Perosa Saigh. A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1777-1786, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601777&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601777&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0819>.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, Mar. 2016. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

RIBEIRO, P.T. A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil. **Dissertação de Mestrado**, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

RIBEIRO, Helena. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, Apr. 2004. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100008-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100008-&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100008>.

SHIELD, C. (7 de fevereiro de 2020). «Coronavirus: From bats to pangolins, how do viruses reach us?». Deutsche Welle. <<https://www.dw.com/en/coronavirus-from-bats-to-pangolins-how-do-viruses-reach-us/a-52291570>>. Access on: 27 Apr. 2020.

SILVA EVM, OLIVEIRA MS, SILVA SF, LIMA VV. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS; 2008. Acesso em: 07 de abril de 2020.

SILVA, Michelle Almeida; *et al.* Competências emocionais como dispositivo para Integralização do cuidado em saúde: contribuições para o trabalho interprofissional. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 226-239, agosto, 2019. Disponível em: <file:///D:/Users/Casa%20do%20Computador/Downloads/31997-185091-1-PB.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde\*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, Dec. 2015. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>.

TEDROS, Adhanom Ghebreyesus. Diretor-geral da OMS pede unidade global na luta contra o coronavírus”Vamos prevalecer pela solidariedade global”. Disponível em: <<https://jc.ne10.uol.com.br/mundo/2020/05/5608141-diretor-geral-da-oms-pede-unidade-global-na-luta-contra-o-coronavirus.html>>. Acesso em: 07 junho 2020.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers. **Editorial**, 2020, p. 395. [https:// doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).

WERTHEIM, Joel O.; CHU, Daniel K. W.; PEIRIS, Joseph S. M.; KOSAKOVSKY Pond, Sergei L.; POONPoon, Leo L. M. (2013). «A Case for the Ancient Origin of Coronaviruses». **Journal of Virology**. 87 (12): 7039–7045. ISSN 0022-538X. PMC 3676139. PMID 23596293. doi:10.1128/JVI.03273-12. Acesso em: 05 de maio de 2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, 2020. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-3111-2020000500101X&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3111-2020000500101X&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 June 2020. Epub May 08, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-3111x00068820>.

WETZEL, Christine *et al.* Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1729-1738, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601729&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601729&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 22. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330991> Available from: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330991>>. Access on: 27 Apr. 2020.



**Voltar ao  
Sumário**

## Capítulo 2

# EPIDEMIOLOGIA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Stela Nazareth Meneghel*

Este texto apresenta alguns conceitos e ferramentas da epidemiologia descritiva para uso em serviços de saúde, dando ênfase às medidas de frequência de doenças e indicadores de saúde. O texto está dividido em quatro partes compreendendo aspectos descritivos da epidemiologia, medidas de frequência, indicadores de saúde e análise da situação de saúde.

### **Aspectos Descritivos da Epidemiologia**

A epidemiologia é conceituada como o estudo da distribuição da saúde/doença e de seus determinantes nas populações (MCMAHON, 1975). Utiliza uma abordagem populacional e coletiva, mesmo quando observa apenas um caso ou fenômeno único, que pode interessar à epidemiologia pela possibilidade de tornar-se um evento crítico e/ou uma ameaça à população.

Para fins didáticos, divide-se a epidemiologia em duas etapas: uma delas descritiva e outra analítica. De maneira simplificada, pode-se dizer que a epidemiologia descritiva trabalha

com aspectos referentes às pessoas que adoecem ou estão em risco, aos aspectos referentes ao tempo e aos territórios onde os fatores de risco, doenças e mortes ocorrem. A epidemiologia analítica, por outro lado, busca os determinantes do processo em questão, ou seja, por que a doença está acontecendo daquela forma particular, naquele momento e local.

As abordagens descritivas muitas vezes são tratadas como pouco científicas e com menor grau de sofisticação analítica, porém são as ferramentas aparentemente simples da epidemiologia descritiva que permitem a identificação de epidemias e doenças novas na população (BARATA, 1999). Além disso, são muito valiosas na análise de dados nos serviços de saúde.

Vamos ver então, a seguir, as características das pessoas, tempos e lugares na ocorrência das enfermidades e agravos.

## **1 Características das pessoas**

Podemos descrever as pessoas acometidas pelas doenças usando dados quantitativos ou fazê-lo de modo subjetivo e pessoal, usando outros recursos como histórias de vida e narrativas, depoimentos, memórias, fotografias, cartas e mesmo materiais artísticos como músicas e poesias que mostram as pessoas e os riscos/vulnerabilidades que elas possuem frente às doenças.

*Você pode usar epidemiologia descritiva para apresentar as pessoas que são atendidas em seu serviço. Quem são elas? Pobres, ricas, negras, brancas, indígenas, homens, mulheres, crianças? Faça um painel usando fotos, figuras, desenhos, frases, descrevendo a sua população.*

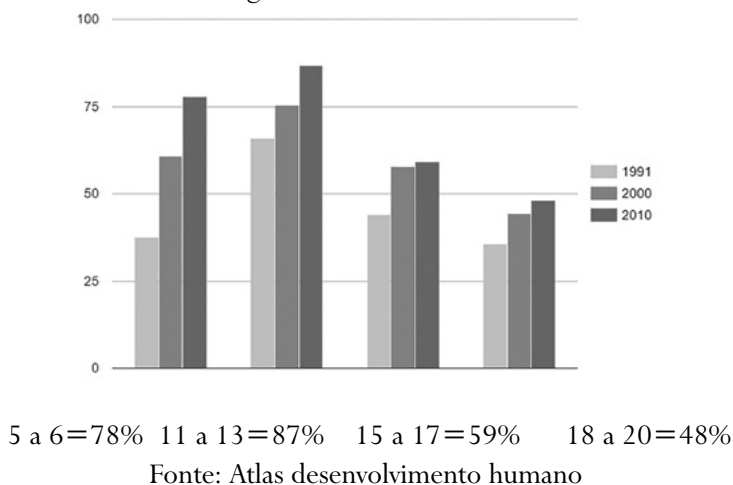
## 1.1 Geração

Sabe-se que muitas doenças afetam de maneira diferente os grupos etários, configurando doenças características da infância, da idade adulta e da velhice. Assim doenças redutíveis por imunizantes e diarreias são características da idade infantil; enquanto riscos ocupacionais e abortos atingem homens e mulheres jovens ou adultos. Importante é estar atento às mudanças na distribuição de doenças segundo grupo etário, para propor alterações nas políticas de atenção em saúde.

A Figura 1 mostra a permanência na escola segundo grupos etários (crianças e jovens) em três momentos distintos na cidade de Porto Alegre.

O acesso à escola de uma população tem a ver com saúde? Por quê?

Figura 1 – Percentual de alunos matriculados, segundo faixa etária, Porto Alegre, 1991, 2000 e 2010



## 1.2 Sexo/Gênero

São conhecidas as diferenças nas maneiras de adoecer e morrer das coletividades ligadas a sexo/gênero. Gênero é um conceito oriundo das ciências sociais que se refere à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito gênero distingue a dimensão biológica da social. Assim, usamos sexo quando queremos caracterizar um evento em nível do biológico e gênero quando pensamos e respeitamos as identidades e orientação sexual que a pessoa escolhe ter (HEILBORN, 2002). O quadro abaixo mostra a relação entre identidade e papel de gênero, orientação sexual e sexo biológico (IFH, 2017).

<b>1) Identidade de gênero</b>		
HOMEM	HOMEM E MULHER	MULHER
<b>2) Orientação sexual</b>		
HETEROSSEXUAL	BISSEXUAL	HOMOSSEXUAL
<b>3) Papel de Gênero</b>		
MASCULINO	ANDRÓGINO	FEMININO
<b>4) Sexo biológico</b>		
MACHO	INTERSEXO	FÊMEA

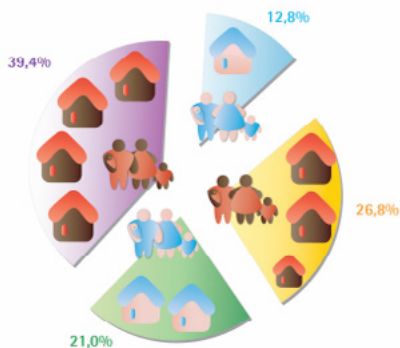
O movimento de mulheres, que surgiu no Ocidente após maio de 1968, denunciou a situação de submissão e exploração a que as mulheres são submetidas na maioria das sociedades patriarcais. Elas perceberam que só a categoria classe social era



insuficiente para explicar a determinação social das doenças e apontaram a importância de gênero e raça como subsistemas responsáveis pela manutenção da dominação/exploração nas sociedades patriarcais (SAFIOTTI, 2004).

Na análise das distribuições segundo gênero ou sexo é importante ficar atento a diferenças devidas a fatores como estrutura populacional predominante de um sexo, exposições ocupacionais diferentes e situação socioeconômica que podem ter muito peso na explicação das diferenças encontradas. A Figura 2 mostra a distribuição de domicílios em favelas segundo sexo e cor do chefe da família.

Figura 2 - Distribuição de domicílios urbanos em favelas, segundo sexo e cor/raça do chefe. Brasil, 2007



Fonte: Ipea, 2011

Analisa a Figura 2 identificando as vulnerabilidades de gênero e raça.

### 1.3 Raça/cor/etnia

A relação entre etnia/raça/cor e saúde só passou a ser discutida na produção científica brasileira nos anos 1990. Um dos problemas nos estudos que encontram associação entre agravos como hipertensão arterial, diabetes e raça negra é o da interpretação biológica de raça, em contraposição à formulação do conceito de raça como construção social. De qualquer forma, é necessário considerar os fatores socioeconômicos e culturais na compreensão das relações entre etnicidade e saúde, para não incorrer no perigo da associação acrítica entre doenças e raça, a partir das hipóteses da teoria genética e escamoteando a determinação social da saúde (MONTEIRO, 2004; CHOR, LIMA, 2005).

No Brasil, as categorias raciais predizem, de forma importante, variações na mortalidade. Os piores indicadores de mortalidade, em termos de sua distribuição etária ou magnitude de causas evitáveis de óbitos são apresentados por negros e indígenas.

Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo sexo e raça, Porto Alegre, 2012

Posição	Geral	Sexo		Sexo/Raça Negra e Parda	
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1º	DAC	DAC	DAC	CE	DAC
2º	NEO	NEO	NEO	NEO	NEO
3º	DAR	CE	DAR	DAC	DIP
4º	CE	DAR	DSN	DIP	DEN
5º	DIP	DIP	DEN	DAR	DAR

DAC= aparelho circulatório; NEO= cânceres; CE= causas externas; DAR= aparelho respiratório; DIP= infecciosas e parasitárias; DSN= sistema nervoso; DEN= endócrinas e nutricionais.

Como você analisa as diferenças no morrer entre homens, mulheres, negros e brancos na população de Porto Alegre.

Os filmes indicados denunciam as violências e iniquidades perpetradas contra a população negra e indígena.

CINEMA:

**Quanto vale ou é por quilo** (Sergio Bianchi, 2005).

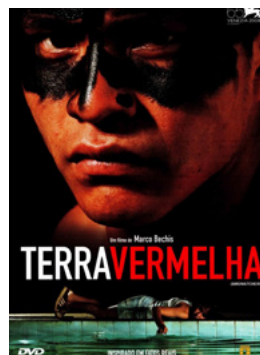
Uma analogia entre o antigo comércio de escravos e a atual exploração da miséria pelo marketing social, que forma uma solidariedade de fachada. No século XVII um capitão-do-mato captura uma escrava fugitiva, grávida. Após entregá-la ao seu dono e receber sua recompensa, a escrava



aborta. Nos dias atuais uma ONG implanta o projeto Informática na Periferia em uma comunidade carente. Os computadores comprados foram superfaturados e, uma mulher que descobre por causa disto, precisa agora ser eliminada.

**Terra vermelha** (Marco Bechis, Itália-Brasil, 2008).

Um grupo de índios Guarani-Kaiowá vive em uma fazenda trabalhando em escravidão e ganham alguns trocados para posarem de atração turística. Eles decidem reivindicar a devolução das terras de seus ancestrais e começa um grande conflito com os fazendeiros.



#### 1.4 Trabalho

A condição laboral pode acarretar doenças, sofrimento mental, estresse, chegando até ao suicídio. No entanto esta questão continua subestimada, tanto na escuta da história do paciente quanto nos estudos epidemiológicos. Por exemplo, em muitas investigações epidemiológicas as mulheres são todas “do lar”, esquecendo-se que podem ser diaristas, faxineiras, safris-tas, agricultoras, vendedoras ambulantes, manicures, trabalhadoras do sexo, bóias-frias, entre outras ocupações informais que expõem estas mulheres a riscos completamente diferentes.

Asa Laurell (1983) em um texto clássico da medicina social, mas ainda atual, mostra o quanto a posição em que cada um está na hierarquia do trabalho é um fator gerador de doença. Assim, as diferenças entre os que desempenham atividades menos qualificadas e os que realizam o trabalho técnico em ocupações tradicionalmente perigosas como construção civil e mineração, mesmo que compartilhem os mesmos chãos de fábrica, ocorrem de modo diferente. As prevalências e a mortalidade sempre são maiores entre os que estão abaixo na hierarquia social.

Na etapa atual do neoliberalismo, tem havido uma concentração da renda cada vez maior, os direitos dos trabalhadores têm sido destruídos (férias, 13º salário, auxílio doença, invalidez), levando à precarização do trabalho, uma situação em que cada um é seu próprio empresário, cada qual entregue a sua própria sorte.

***Você tem algum dado descrevendo a dimensão do trabalho apresentada nas fotos abaixo? Fale do Brasil, da sua cidade ou de partes do mundo.***



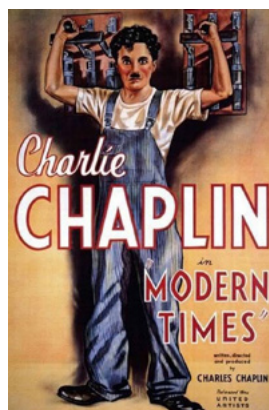
Fonte: <https://domtotal.com/noticia/1377064/2019/08/uberizacao-do-trabalho-e-os-limites-de-se-trabalhar-para-um-algoritmo/>



Fonte: <https://canalcienciascriminais.com.br/criminalizacao-do-trabalho-infantil/>

## CINEMA

Muitos filmes têm colocado em pauta a relação trabalho e doença. Desde os clássicos de Charles Chaplin com filmes como **Tempos Modernos** (1936) mostrando a prisão representada pela linha de montagem e o modelo taylorista e suas consequências para a saúde mental dos trabalhadores.



**Germinal** (Claude Berri, 1993). Outro clássico, que traz um painel das condições dos mineiros no século XVIII, que deixa claro as péssimas condições de vida e de trabalho ocasionadas pela Revolução Industrial.



## *Conseguiu ver algum deles?*

### 1.5 Pobreza, classe social, situação socioeconômica

No século XIX muitos epidemiologistas já divisavam as diferenças entre ricos e pobres no adoecimento humano. Engels (2008), não era epidemiologista, mas conseguiu observar o quanto as epidemias afetavam os pobres e trabalhadores de modo muito mais acentuado do que ocorria entre as classes privilegiadas.

Engels relata a eclosão de epidemias de doenças infecciosas como cólera, febre tifoide, diarreias na Inglaterra da Revolução Industrial devido às péssimas condições de saneamento, aglomeração, contaminação de água e alimentos, jornadas de trabalho extensas, insalubres e perigosas.

“Esta é a situação do proletariado inglês”, disse ele. “Para onde quer que nos voltemos vemos miséria, doenças provocadas pelas condições de vida ou trabalho, a imoralidade, o extermínio, a destruição lenta da natureza humana, tanto do ponto de vista físico como moral”. Será esta uma situação duradoura?

***Você teria algo a responder a Engels, acerca da sociedade atual e da eclosão de epidemias?***

O perfil epidemiológico de uma população assume características distintas conforme o modo com que cada grupo se insere no processo produtivo. A distribuição da doença e da morte

difere de acordo com os grupos sociais a que os indivíduos pertencem. O mais importante desta concepção é que ela mostra que os determinantes da saúde e da doença não são apenas fatores biológicos, mas econômicos e sociais (BREILH, 1986).

Há muitas dificuldades em caracterizar as pessoas segundo a classe a que pertencem, principalmente quando se quer utilizar o referencial marxista de classe social, que as entende como grandes grupos antagônicos dentro da sociedade, aglutinados de acordo com a posição que ocupam no processo de produção. Assim, muitas vezes, utilizam-se recortes simples como estratos (I ao V na Inglaterra, que corresponde aos empresários - grupo I - até trabalhadores não especializados - grupo V). Além desta classificação, pode-se usar a renda per capita, a quantidade de equipamentos domésticos, a escolaridade, dentre outros, dependendo dos objetivos do estudo.

## 1.6 Migrantes e refugiados

Autores que estudavam a geografia das doenças e epidemias na metade do século XX afirmavam que a história da disseminação de doenças é a história das migrações humanas, nas quais o migrante na maioria das vezes passa da condição de vítima à de réu.

A mobilidade humana em escala mundial é um infundável movimento motivado em causas econômicas, políticas e ambientais. O deslocamento transnacional de pessoas as expõe a riscos que incluem desde a exploração econômica e sexual, a aquisição



de enfermidades nos locais de origem e a disseminação de outras nos locais de chegada, o trabalho desprotegido, mal remunerado ou em condições de escravidão e finalmente a possibilidade de prisão, extradição e morte, quer seja no trajeto, quer seja nos locais de chegada (MARTIN, GOLBERG, SILVEIRA, 2018).

Os processos migratórios contemporâneos são um fenômeno global e vêm adquirindo números expressivos no cone sul e inclusive no Brasil. Historicamente o Brasil recebeu o maior contingente de população negra escravizada do mundo. E desde o período colonial, aqui chegaram europeus, cristãos novos, orientais, árabes. Mais recentemente, a partir de um acordo bilateral entre os governos do Haiti e Brasil, chegaram os haitianos em busca de trabalho, e aqui ficaram apesar dos percalços, racismo e iniquidades. Além desses, refugiados vindos de países em conflitos bélicos compõem parte do mapa das migrações internacionais no Brasil que trouxe grupos de sírios, angolanos e colombianos (BRASIL, 2011).

Os processos sociais e contextos sociopolíticos pelos quais os imigrantes transitam nem sempre são favoráveis à sua saúde. Para identificar vulnerabilidades e morbidades é importante entender os modos de vida, as concepções sobre a saúde e a doença, as intercorrências de adoecimento no processo migratório, assim como a possibilidade de acessar os sistemas de saúde que recebem (ou não) estes imigrantes (MARTIN, GOLBERG, SILVEIRA, 2018).

***Você conhece alguma pessoa que imigrou? Conte a história desta pessoa.***

## CINEMA

**Coisas Belas e Sujas** (Stephen Frears, 2002), um filme que aponta para a precariedade do trabalho dos migrantes de terceiro mundo na Europa.



**Biutiful** (Alejandro Inarritu, 2011). Um catalão, que não conheceu o pai e que cuida sozinho dos filhos, ouve vozes de pessoas que morreram e vai a funerais, onde as vezes ganha algum dinheiro. Explora imigrantes africanos como camelôs e agência chineses na indústria têxtil e na construção civil.



### 1.7 Outras conexões

Uma série de outras características podem ser aventadas quando se trabalha com populações, dependendo do matiz que se deseja enfatizar ou explorar. Deve-se atentar sempre para o fato de que temas *tabu* podem levar a depoimentos mascarados; observar que mesmo quando realizamos um estudo eminentemente quantitativo precisamos evitar tratar a população como um aglomerado homogêneo, cujas diferenças reduzem-se a va-

riações de caráter biológico (idade, sexo, peso, etc.) e respeitar as representações e experiências da população que são fundamentais para a compreensão do adoecer e do morrer nos grupos sociais.

## **2 CARACTERÍSTICAS TEMPORAIS**

Outro modo de realizar comparações, previsões e inferências é distribuir as doenças de acordo com o tempo. As formas mais usuais consistem no traçado de séries históricas, na distribuição sazonal e cíclica e no acompanhamento dos fenômenos epidêmicos, em suas várias possibilidades, assim como da ocorrência endêmica das doenças novas, velhas e emergentes.

### **2.1 Série Histórica**

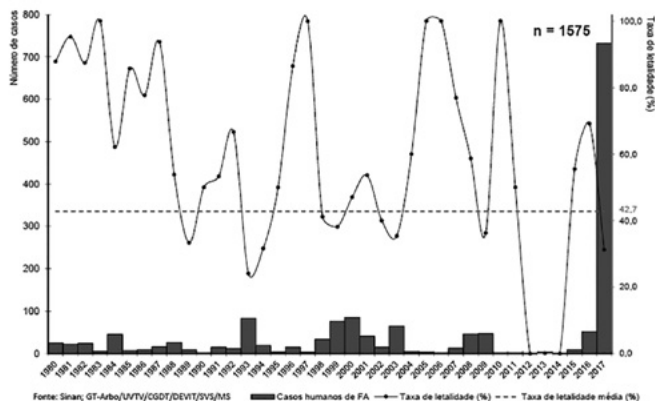
A descrição de um agravo por períodos longos de tempo, geralmente em torno de uma década, chama-se tendência secular ou série histórica. A série temporal não se resume a uma cronologia de eventos e correlacionar os fenômenos históricos e políticos de uma sociedade à distribuição dos agravos é um modo de potencializar as análises temporais das doenças. Muitos países, principalmente os pobres, não possuem sistemas de informação organizados para a produção de dados fidedignos. Muitas vezes ocorrem lapsos temporais, correspondentes a períodos de transições políticas, guerras civis ou desastres naturais, dificultando a existência de parâmetros para comparação.

Nas últimas décadas, a Febre Amarela (FA) vem sendo registrada além dos limites da área considerada endêmica (região amazônica). Casos humanos e epizootias em primatas não humanos (PNH) foram recentemente registrados em uma ampla área do território nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, a transmissão se deu na região Norte, com posterior expansão no sentido leste e sul do país, onde afetou a região Centro Oeste. Mais recentemente, entre 2016/2017, foi registrado o surto mais expressivo no Brasil, que afetou principalmente os estados da região Sudeste, com 779 casos humanos e 262 óbitos (BRASIL, 2018).

***A Figura 4 mostra o histórico da febre amarela humana no Brasil. O que lhe diz esta série histórica?***

***Quantos anos foram acompanhados? Qual a letalidade no surto de 2017?***

Figura 4 - Casos humanos de febre amarela e letalidade, Brasil, 1980 a 2017



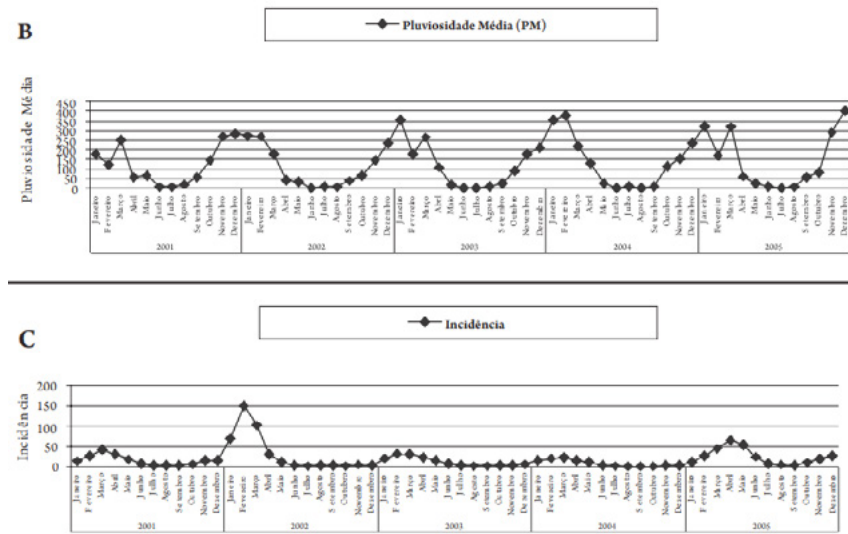
Fonte: BRASIL, 2018.

## 2.2 Variação Sazonal

Muitas doenças apresentam sazonalidade nítida na sua distribuição, ou seja, ocorre aumento do número de casos em uma determinada época do ano. Estes aumentos não são considerados epidêmicos e refletem condições do ambiente em que vivem as pessoas, como aumento da densidade populacional, eventos culturais, colheitas, que possibilitam aglomeração, condições climáticas, aumento no número de vetores etc. Conhecer a sazonalidade de uma doença possibilita organizar a estrutura dos serviços de saúde para a prevenção e a atenção a estes casos.

A Figura 5 mostra a associação entre ambiente, sazonalidade e o adoecer humano, por meio da relação entre índice de infestação predial de *aedes aegypti*, a pluviosidade e a incidência de dengue no estado de Goiás (SOUZA e cols, 2010).

Figura 5 – Variação sazonal da incidência da dengue, Goiás/Brasil, 2001-2005



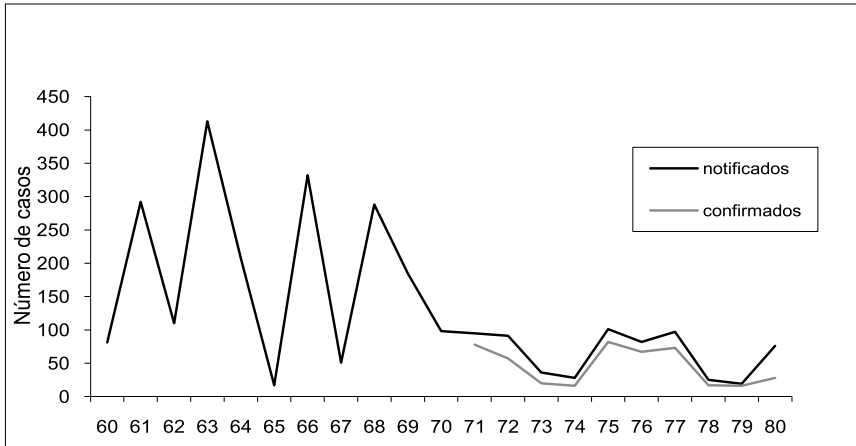
Fonte: SOUZA, SILVA, SILVA, 2010.

### 2.3 Variação Cíclica

Existem ainda, oscilações na incidência das doenças que ultrapassam o período anual. Estes aumentos podem ocorrer a cada dois, três ou mais anos. Na maioria das vezes, envolvem aumento do número de suscetíveis e é o que chamamos de variações cíclicas. Pode estar relacionada a migrações e movimentos de populações humanas ou animais.

Na Figura 6 observa-se a curva de casos de poliomielite no sul do Brasil, nos anos 1960 a 1980. Embora seja uma informação antiga, observa-se de modo muito nítido a variação cíclica do agravo, que permaneceu mesmo após a fase de controle da doença.

Figura 6 – Casos notificados e confirmados de poliomielite, Rio Grande do Sul, 1960-1980



***Quantos casos de poliomielite ocorriam em média no Estado nos anos 1960?***

***E nos anos 1970?***

***Comente o paralelismo entre a curva de casos notificados e confirmados de poliomielite.***

## 2.4 Variações Epidêmicas

O aumento do número de casos de uma doença além do esperado é considerado uma epidemia ou um surto. O número de casos habitual de uma doença em determinado local denomina-se endemia, enquanto surtos correspondem a aumentos no número de casos da doença, porém circunscritos geograficamente, em grupos particulares ou sob circunstâncias especiais,

como por exemplo, uma escola, uma creche, uma instituição psiquiátrica.

Para determinar se a frequência de uma doença se encontra dentro dos parâmetros habituais, é necessário conhecer a ocorrência deste agravo na população em estudo, em períodos anteriores.

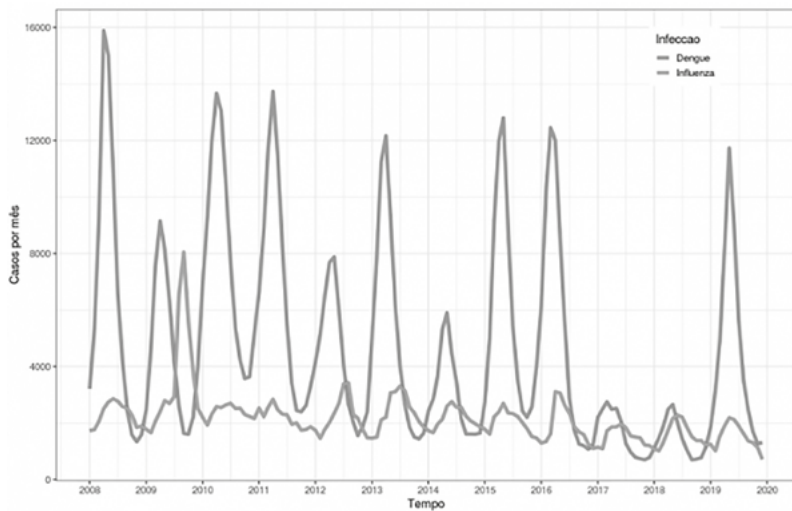
As epidemias podem ser classificadas em instantâneas e progressivas, ou ainda, percebidas como manifestações de desajustamentos sociais e diferenciadas em naturais e artificiais. Epidemias artificiais (ROSEN, 1983) resultam de contradições sociais e ocorrem em momentos cruciais da história, em períodos de revolução política e econômica.

Epidemias instantâneas habitualmente resultam da exposição a uma fonte comum, ocorrendo curto espaço de tempo entre a exposição e o início das manifestações clínicas. Incluem-se neste grupo as toxi-infecções alimentares e as intoxicações agudas por produtos químicos. Epidemias progressivas caracterizam-se pelo aumento gradual do número de casos, indicando a ocorrência de sucessivas exposições ao fator causal.

A figura 7 mostra a série histórica de internações por dengue e influenza no Brasil da última década, viroses cujo aumento de casos não coincide sazonalmente.



Figura 7 – Número de internações por dengue (formas graves) e influenza, Brasil, 2008-2019



Fonte: SBMT, 2009.

***Analise o gráfico acima: o que você acha em relação ao comportamento da dengue e da influenza? Em quais anos você acha que houve surtos e em quais considera variação sazonal?***

Ao discutir a possibilidade de confusão entre a influenza sazonal e o coronavírus (SBMT, 2020), os autores entendem que se o novo coronavírus se comportar como a Influenza sazonal, então a epidemia de 2020 não deverá coincidir com a da dengue. Outro problema a ser considerado no caso das duas epidemias acontecerem ao mesmo tempo seria a falta de conhecimento a respeito dos efeitos da co-infecção entre as arboviroses e o coronavírus.

Epidemias estão relacionadas a populações específicas, com a frequência habitual da doença em questão, com um determinado tempo e lugar, com épocas diferentes e, assumem características particulares de região para região. Epidemias, portanto, são acontecimentos históricos e sociais.

### **3 CARACTERÍSTICAS LIGADAS A LUGAR**

O estudo das doenças segundo sua distribuição no espaço, tem por objeto conhecer a influência dos fatores ambientais como clima, topografia e meio ambiente. Estas distribuições podem ser mapeadas de tal forma que evidenciem a distribuição do fenômeno em estudo. Existem fatores de distorção neste tipo de análise, um deles é a diferença na quantidade e qualidade de serviços médicos disponíveis, assim como o acesso aos serviços de saúde que podem favorecer o diagnóstico e a notificação de agravos e dar uma ideia errônea de que o agravo em questão acontece mais em determinados locais.

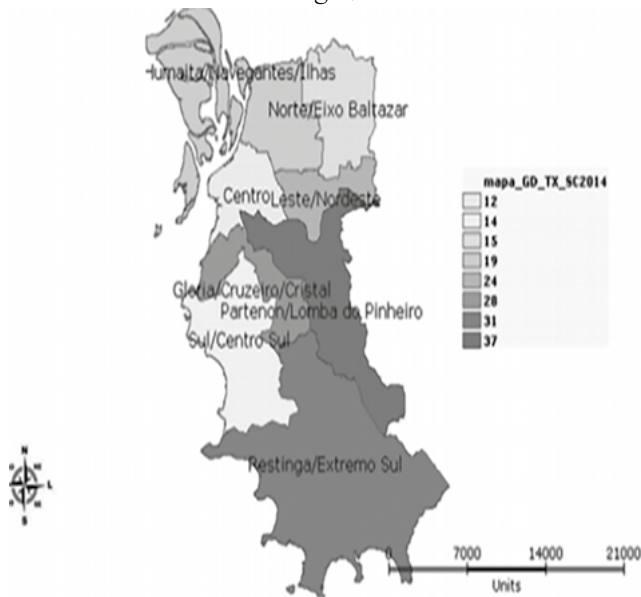
Outros fatores que podem distorcer os dados são a arbitrariedade no processo administrativo de delimitação de regiões geográficas que permite agregar zonas heterogêneas em um mesmo espaço geopolítico.

Usam-se mapas ou cartogramas, para identificar a distribuição geográfica de casos ou óbitos e os recursos de geoprocessamento, atualmente disponíveis, permitem acompanhar a distribuição dos agravos em unidades territoriais muito pequenas.

Ao analisar as doenças de acordo com a distribuição espacial cumpre não incorrer no erro de naturalizar fatores que nada têm a ver com a geografia. Doenças tropicais têm a ver com a condição de vida das populações que habitam a região dos trópicos e não com a situação geográfica. Assim, ao usar variáveis ecológicas como critério de explicação causal de fenômenos de saúde/doença, pode-se mascarar a determinação econômica, social e cultural deles. O mapa 1 mostra a sífilis congênita segundo região em Porto Alegre.

O que chama a atenção neste mapa? Como são as regiões onde o evento é mais prevalente?

Mapa 1 – Incidência de sífilis congênita segundo gerências, Porto Alegre, 2014

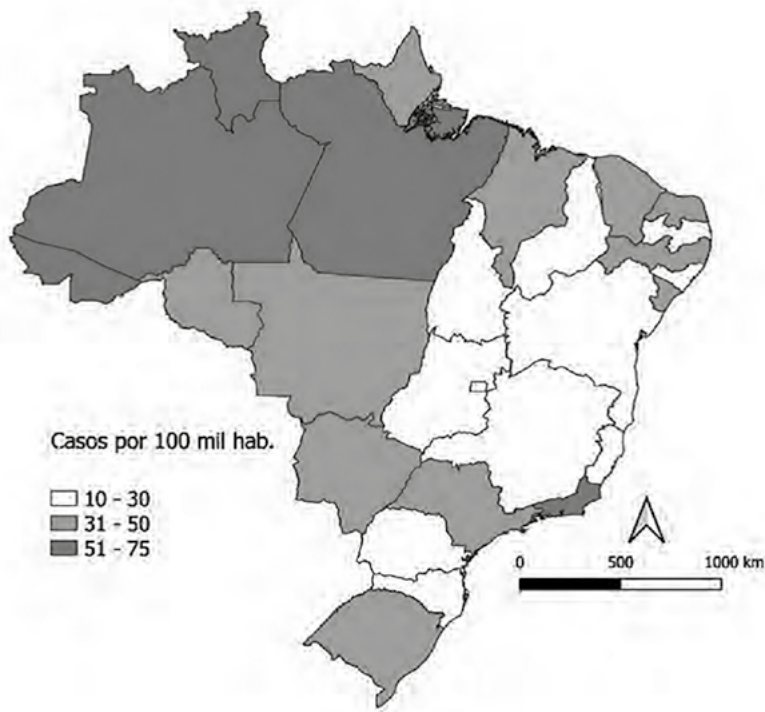


Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT/SINAN

O mapa da tuberculose mostra que no Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. Embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2010 e 2016, o coeficiente de incidência aumentou nos anos de 2017 e 2018 (BRASIL, 2020).

***A que fatores você atribui o aumento da tuberculose a partir de 2017 no Brasil? Como está a incidência da tuberculose na sua UF? Analisa o mapa da tuberculose no Brasil e discuta os determinantes na sua região.***

Mapa 2 – Coeficientes de incidência de tuberculose segundo UF, Brasil, 2019



Fonte: Brasil, 2020.

Em síntese, esta seção mostra o quanto análises epidemiológicas aparentemente simples podem contribuir para traçar o perfil sanitário de territórios e auxiliar na delimitação de prioridades no planejamento de ações e políticas de saúde.

A epidemiologia descritiva auxiliou a descoberta de doenças novas como a aids e a hantavirose e é a ferramenta mais usada em investigações epidemiológicas, no monitoramento de doenças, na previsão de epidemias, enfim na vigilância epidemiológica de doenças e agravos (BARATA, 1999).

## Medidas de frequência das doenças

### 1 DEFINIÇÃO DE “CASOS” OU DOENTES

Para saber quantas pessoas adoeceram em uma determinada região, geralmente se utilizam dados de serviços de saúde (prontuários, registros de atendimentos de unidades básicas, hospitais, laboratórios), informações de sistemas de notificação de agravos sob vigilância e de outros sistemas de informação disponíveis. Quando não há informações de nenhum tipo torna-se necessário conduzir inquéritos populacionais. Vale lembrar que a identificação de doentes a partir de registros médicos, consegue encontrar apenas uma pequena parcela dos que adoecem nas comunidades já que estimativas avaliam que em cada 750 pessoas que referem algum problema de saúde, apenas um terço consulta um médico (Figura 8).

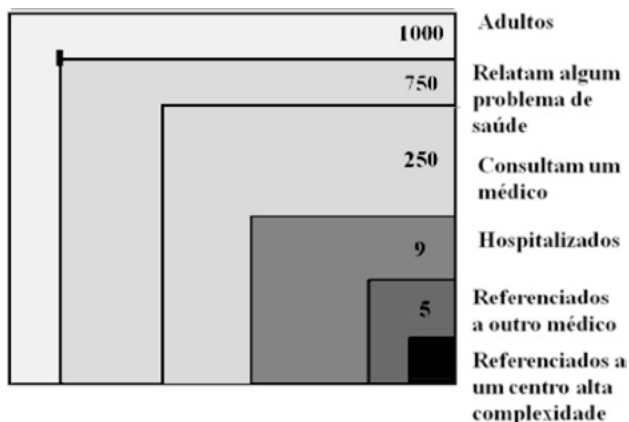
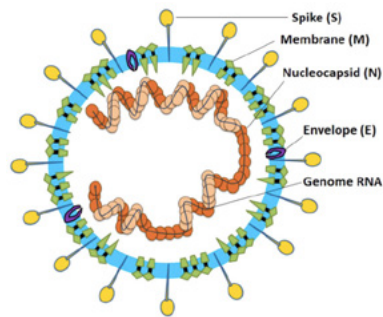


Figura 8 – Necessidades de saúde de uma população teórica

Para poder comparar dados sobre doenças, numa mesma região ou em diferentes territórios torna-se fundamental estabelecer critérios uniformes do que é um “caso” ou uma pessoa afetada por uma determinada doença ou agravo. Essa definição supõe um *conjunto de critérios que se utilizam para decidir se uma pessoa tem ou não uma particular doença ou apresenta um determinado evento adverso à saúde.*

Figura 9 – Coronavirus



***Como você definiria clínica e epidemiologicamente um caso de coronavírus? A definição pode variar? Por que?***

A palavra doença indica dor, aflição; um sinônimo é enfermidade (latim: *infirmus*) para indicar doença ou debilidade. No francês *maladie*, deriva de *male habitus* ou aquilo que se encontra em mau estado. Existe uma diferença entre doença e trauma (injúria, ferimento), assim como entre sequela (um efeito tardio de uma doença) e incapacidade. Se há alterações anatômicas diz-se que há uma lesão ou agravo, se as alterações forem fisiológicas é uma disfunção (HEGENBERG, 1998).

Autores como Canguilhem (1979) afirmam que não há doença sem doente, trazendo o exemplo clássico de um homem

que possuía um tumor e morre atropelado ignorando a existência do câncer. Era ou não era um canceroso?

## CINEMA

Veja o filme *Sicko* (Michel Moore, 2007).



Como você vê o papel da atenção primária em saúde na elaboração de perfis epidemiológicos de doenças e agravos nas populações?

## 2. MEDIDAS DE FREQUÊNCIA EM EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia, no processo de entender como se dão as manifestações de saúde/doença nas populações, utiliza duas medidas principais: incidência e prevalência. Incidência e prevalência são medidas de frequência de doenças e, sumariamente buscam identificar onde ocorrem mais casos de uma determinada doença ou agravo.

A medida mais simples de prevalência é a frequência absoluta dos casos de uma doença. Assim, prevalência refere-se ao total de casos de uma doença em uma região, enquanto a incidência considera apenas os casos novos ou acontecidos recentemente. Incidir denota a ideia de ocorrência enquanto prevalecer denota a ideia de permanência em um determinado local (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 1992).



Ambas as medidas podem ser usadas no sentido absoluto ou relacionadas à população e, neste caso, fala-se em coeficientes ou taxas de incidência ou de prevalência. O coeficiente é a medida que permite comparar a intensidade de uma doença em diferentes tempos e lugares. O coeficiente de incidência mostra a relação entre o número de casos de uma doença e a população exposta ao risco de contrair esta doença.

Assim a construção do coeficiente de incidência se refere aos casos novos ao longo do tempo em relação à população exposta ao risco de adoecer. Assim os doentes não são considerados expostos, a menos que possam adquirir as doenças várias vezes. O coeficiente de prevalência por sua vez se refere ao total de casos, podem ser antigos em relação às pessoas que vivem no local. Essa relação é um número decimal porque as frequências no numerador são menores que as do denominador e para transformar estas relações em números inteiros eles são multiplicados por potências de 10 ou  $10^k$ , podendo ser 100, 1000, 10.000 ou 100.000.

A magnitude do coeficiente de prevalência é diretamente proporcional ao tempo de duração da doença. Duração da doença é o intervalo médio de tempo que vai desde o momento do seu diagnóstico até a resolução pela cura, óbito ou emigração do doente. A prevalência varia proporcionalmente com o produto da incidência pela duração, ou seja, a prevalência está relacionada ao tempo de duração da doença e pode ser obtida a partir da incidência multiplicada pelo tempo de duração da doença.

Em relação a essas medidas de frequência podemos considerar os casos novos que ocorrem em um largo período de tempo ou a **incidência cumulativa**. A incidência cumulativa representa o total de casos novos que foram acontecendo em um período determinado de tempo.

O somatório de todos os casos – novos e antigos – que ocorrem ao longo de um período de tempo chamamos de **prevalência no período**. Em relação à prevalência ainda podemos considerar a que está acontecendo em um dado momento e que chamamos de **prevalência pontual ou instantânea**.

Prevalência em um período refere-se à soma dos casos existentes no início do período, acrescida dos casos novos ocorridos no intervalo de tempo considerado. Por outro lado, a prevalência pontual ou instantânea dá uma ideia de quantos doentes existem em um determinado momento e local. A prevalência pontual é definida em função de um ponto de referência - que pode ser o tempo ou um evento – no qual se identifica a fração da população portadora da condição em estudo, como se fizesse uma fotografia dos doentes.

***Calcule os coeficientes de incidência de tuberculose no Rio Grande do Sul, usando os dados da tabela abaixo.***

Tabela 1 – Casos de tuberculose e população no Rio Grande do Sul, 2001-2010

ano	Casos RS	População RS	Coef. Incidência RS
2001	5310	10310021	
2002	5580	10408428	
2003	5853	10511009	
2004	5930	10613256	
2005	5627	10845002	
2006	5316	10963216	
2007	5684	11080317	
2008	5937	10855214	
2009	6389	10914042	
2010	6475	10693929	

Há fatores que aumentam a prevalência das doenças, como por exemplo, a melhora na detecção de casos novos o que pode ser ocasionado por introdução ou aprimoramento de meios diagnósticos; a maior duração da doença e aumento da sobrevivência obtida por melhora no tratamento de doentes; a imigração de casos e emigração de sadios.

Por outro lado, há fatores que diminuem a prevalência das doenças na população, que podem ser: menor duração da doença por aumento na letalidade ou na taxa de cura, diminuição na incidência por impacto de políticas públicas de saúde, e, em último lugar, emigração de casos e imigração de sadios.

***Você conhece alguma doença cuja prevalência seja maior que a incidência? Por que você acha que isso ocorre?***

### 3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE MORBIDADE

Muitos estudos sobre morbidade têm usado informações procedentes dos grandes sistemas de informação brasileiros: o SIH/SUS, o SINAN e o SINASC. O SIH/SUS – Sistema de Internações Hospitalares agrega as informações sobre internações hospitalares do SUS, que representam mais de 90% do total das internações. Embora este sistema possa apresentar distorções devido ao fato de estar vinculado ao pagamento dos procedimentos, a grande quantidade de informações que ele aglutina faz com que o SIH/SUS seja importante para caracterizar padrões de atenção hospitalar no país.

O SINAN – Sistema de Informação de Agravos sob Notificação contém as informações sobre as doenças de notificação compulsória no país. Para as doenças transmissíveis de curta duração que fazem parte do SINAN trabalha-se como se a incidência e a prevalência fossem iguais, já que prevalência é igual a incidência multiplicada pela duração da doença. Para as doenças transmissíveis crônicas como a hanseníase é importante diferenciar incidência e prevalência, assim como para doenças crônicas não transmissíveis.

A tabela a seguir mostra a incidência de hiv/aids em Porto Alegre em uma série histórica, segundo raça/cor e sexo. Para realizá-la foram utilizadas informações constantes do TABNET/RS e procedentes do SINAN.

Tabela 2– Coeficientes de incidência de HIV/aids segundo sexo e raça/cor, Porto Alegre, 2007-2014

Ano	Masculino		Feminino		Total	
	Branços	Pretos/Pardos	Branças	Pretas/Pardas	Branços	Pretos/pardos
2007	101,1	169,8	56,4	120,0	76,9	145,2
2008	107,5	162,1	67,5	130,5	85,9	146,6
2009	102,2	169,1	59,4	144,4	79,1	157,8
2010	117,0	167,7	57,7	129,2	85,1	149,1
2011	102,8	165,4	52,9	138,5	75,9	152,9
2012	100,3	139,1	52,8	133,2	74,6	151,9
2013	105,3	172,7	50,7	127,2	75,9	150,5
2014	97,7	183,7	39,3	116,7	66,2	150,1

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS.

*No último ano da série quantas vezes a incidência de HIV foi maior nos homens? E nos negros? Comenta a tabela acima pensando em termos de equidade/iniquidade racial*

Para o acompanhamento de doenças agudas, de curta duração, geralmente incidência e prevalência são muito semelhantes, porém para doenças crônicas em que as pessoas permanecem doentes por toda a vida, a incidência e a prevalência são muito distintas. Se a incidência está aumentando, irá aumentar o contingente de casos e mesmo quando baixa a incidência, há um estoque de casos prevalentes permanecem.

Nem sempre é preciso fazer um estudo para saber se a doença está ocorrendo em um local. Há situações em que se pode inferir a prevalência de agravos, pela fotografia, pela observação direta, pela notícia de jornal, que denunciam situações precárias de vida e riscos para a saúde/doença.

Traga fotos da região onde você vive e que caracterizem distintos perfis de prevalência de agravos. Por exemplo, populações pobres/ricas, populações que vivem no campo/cidade etc.

#### 4. INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores são medidas síntese usadas para comparar a realidade sanitária de grupos e populações, com o objetivo de caracterizar a situação sanitária dos locais e subsidiar a construção de políticas e da atenção à saúde. Os indicadores destinados à análise da situação de saúde se referem ao estado de saúde da população e aos fatores que a determinam. Neste capítulo, discutiremos alguns indicadores negativos, ou seja, tratam de doenças e morte e não de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Para trabalhar os indicadores de mortalidade utilizamos primordialmente as informações constantes nas Declarações de Óbito (DO). O Ministério da Saúde brasileiro implantou a partir de 1976, um modelo único de DO para ser utilizado em todo território nacional, como documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A DO tem dois objetivos principais: o primeiro é o de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; o segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6015/73, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento (BRASIL, 2006).

Em 1996, uma iniciativa importante para a análise dos indicadores de morbidade e mortalidade foi a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde no Brasil (RIPSA). A RIPSA articula entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados e atua com base em Acordo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A RIPSA organiza os indicadores em grandes grupos: (i) indicadores demográficos; (ii) indicadores socioeconômicos; (iii) indicadores de mortalidade; (iv) indicadores de morbidade e fatores de risco; (v) indicadores de recursos; e (vi) indicadores de cobertura.

Os indicadores de mortalidade podem ser coeficientes, quando mostram a relação entre óbitos segundo diferentes recortes relacionados com a população em risco de morrer. Por exemplo: 50 óbitos por diarreia em uma população de 5.000 pessoas, ou 10 mortes por mil pessoas.

Também se podem usar proporções, quando se compara uma fração de óbitos com o total de óbitos. Se os 50 óbitos por diarreia são parte de um total de 250 óbitos naquele local, então as diarreias correspondem a uma proporção de 20% dos óbitos.

Abordaremos a seguir, alguns indicadores de mortalidade proporcional, mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade segundo causas, mortalidade materna, mortalidade por grupo etário, anos potenciais de vida perdidos e expectativa de vida, sempre usando dados obtidos no site do DATASUS ou [www.saude.gov.br/DATASUS](http://www.saude.gov.br/DATASUS).

## 4.1 MORTALIDADE PROPORCIONAL

Trabalhar com proporções é o modo mais simples de fazer análises de mortalidade. Podemos, por exemplo, calcular a proporção de óbitos segundo sexo, grupo etário, causas de morte, entre outros. Podemos evidenciar mudanças na proporção de óbitos por determinado grupo, apontando melhoras nas medidas de atenção à saúde.

A mortalidade proporcional segundo grupo etário mede a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado território, no ano considerado. Mede também a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos.

É uma importante ferramenta para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade, identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos.

A mortalidade proporcional é calculada dividindo-se o número de óbitos de uma determinada categoria mulheres, por exemplo, pelo total de óbitos no local e multiplicando por 100, já que se trata um percentual.

As limitações no uso da mortalidade proporcional segundo grupo etário são: as bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitas áreas do país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste; a subenumeração



de óbitos pode estar desigualmente distribuída entre as diversas faixas etárias; nas faixas etárias extremas (crianças e idosos), a subenumeração é geralmente mais elevada; e o aumento percentual de óbitos em uma ou mais faixas etárias pode dever-se, apenas, à redução da frequência em outras faixas.

Tabela 3 - Mortalidade por hiv, total e segundo sexo, Porto Alegre, 2004-2014

Ano	Masculino			Feminino			Total			Coeficiente de Mortalidade por Aids
	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	
	n	n		n	n		n	n		
2004	5.470	370	6,76	4.832	163	3,37	10.302	533	5,17	37,94
2005	5.418	363	6,70	4.970	157	3,16	10.389	520	5,01	36,40
2006	5.419	379	6,99	5.098	154	3,02	10.517	533	5,07	36,99
2007	5.762	345	5,99	5.179	160	3,09	10.945	505	4,61	34,75
2008	5.505	317	5,76	5.040	156	3,09	10.549	473	4,48	33,07
2009	5.742	301	5,24	5.233	173	3,31	10.975	474	4,32	33,00
2010	5.512	305	5,53	5.432	177	3,26	10.944	482	4,40	34,20
2011	5.889	292	4,95	5.627	162	2,87	11.520	454	3,94	32,21
2012	5.612	260	4,63	5.480	159	2,90	11.095	419	3,78	29,73
2013	5.926	260	4,39	5.779	138	2,38	11.714	398	3,40	28,24
2014	6.043	279	4,61	5.767	121	2,09	11.816	400	3,38	28,38

Fonte:SIM/EVEV/CGVS/SMS.

Na tabela 3 observa-se o coeficiente de mortalidade por HIV em Porto Alegre e a mortalidade proporcional para cada sexo. Comenta a evolução da mortalidade proporcional durante a década. O que pode ser observado?

## 4.2 COEFICIENTES DE MORTALIDADE

### 4.2.1 Mortalidade geral

Embora não seja um indicador muito sensível, o coeficiente de mortalidade geral continua sendo usado, principalmente pela facilidade de cálculo. A mortalidade geral relaciona o número total de óbitos com a população residente de um determinado território.

O cálculo do coeficiente de mortalidade geral é obtido por meio da relação entre o número total de óbitos de um local, dividido pela população e multiplicado por 1.000. Os coeficientes são números decimais porque o numerador sempre é menor que o denominador e para facilitar o entendimento do indicador, multiplica-se o resultado da divisão por 1000 ou 100.000. No caso de coeficientes gerais, como a mortalidade geral, multiplica-se por 1000, enquanto os específicos geralmente são multiplicados por 100.000.

A mortalidade geral é utilizada para analisar variações geográficas e temporais do indicador, possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.

A mortalidade geral não é considerada um “bom” indicador, na medida em que grandes aportes no número total de óbitos podem significar um aumento apenas em nível de decimais. Para comparar a mortalidade geral entre países com estrutura etária diferente é necessário padronizar os coeficientes. A padronização é uma técnica estatística que submete os óbitos de dois

lugares diferentes a uma população padrão comum, refazendo os coeficientes e, assim, permite comparações.

#### 4.2.2 Coeficiente de Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é um dos coeficientes mais usados para avaliar as condições de vida e saúde das comunidades, inclusive situação socioeconômica, e representa a capacidade das sociedades de proteger os seus membros mais vulneráveis. Costuma-se olhar a mortalidade infantil em dois momentos: a mortalidade infantil neonatal e mortalidade infantil tardia.

A mortalidade infantil neonatal corresponde aos óbitos infantis que ocorrem no primeiro mês de vida e evidenciam condições ligadas à gestação e parto. A mortalidade infantil tardia está relacionada aos óbitos ocorridos no final do primeiro mês até o fim do primeiro ano, expressando, assim, causas ambientais. A soma dos dois componentes da mortalidade infantil: neonatal e infantil tardia – deve ser igual à mortalidade infantil total. A mortalidade perinatal – óbitos da 28<sup>a</sup> semana de gestação até o 7<sup>o</sup> dia de vida - focaliza as condições relacionadas ao momento do nascimento.

A mortalidade infantil é um indicador difícil de ser zerado. Até bem pouco tempo, consideravam-se valores baixos para a mortalidade infantil, os inferiores a 20 por mil nascidos vivos e muito altos quando acima de 60 por mil (LAURENTI, 1985). Porém, atualmente, como muitos países já se encontram com níveis em torno de 20 por mil, o parâmetro a ser atingido é o menor nível de mortalidade na população infantil.

As cifras mais recentes de mortalidade infantil mostram que a Suécia, a Noruega e o Japão atingiram coeficientes de 4/1.000 nascidos vivos; seguidos pela Suíça e Holanda, países nórdicos com 5/1.000.

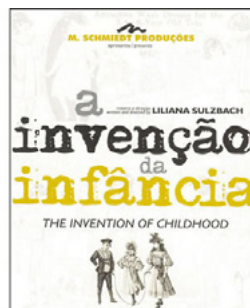
Nos últimos anos houve uma redução substancial nos coeficientes de mortalidade infantil, embora ainda persistam grandes desigualdades entre as classes sociais, regiões e populações vulneráveis, como a de indígenas e negros.

Tabela 4 – Indicadores de saúde, Porto Alegre, 1991, 2000, 2010

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	69,9	73,3	76,4
Mortalidade infantil	21,1	16,0	11,6
Mortalidade até 5 anos de idade	24,7	18,6	13,1
Taxa de fecundidade total	2,0	1,8	1,5

## CINEMA

O filme *a Invenção da Infância* (Liliana Sulzbach, 2000) é um curta metragem que mostra as diferenças na vida (e na qualidade de vida) das crianças brasileiras que vivem no sul e no nordeste, incluindo a constatação da elevada mortalidade infantil que incide sobre a população nordestina.

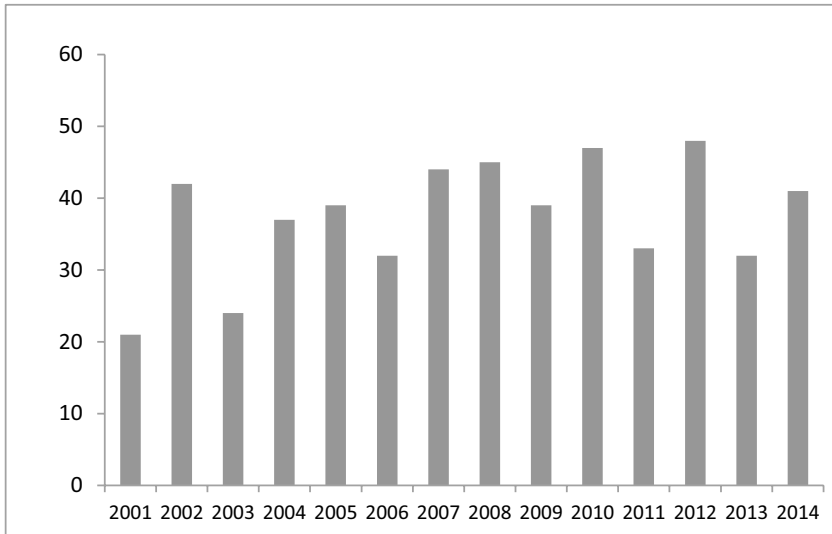


#### 4.2.3 Coeficientes de mortalidade segundo causas

Outra maneira de trabalhar mortalidade é através dos coeficientes de mortalidade por causas, classificando os óbitos segundo as 21 seções da 10ª Classificação Internacional de Doenças, ou segundo alguma doença ou agravo específico que se queira acompanhar.

O coeficiente de mortalidade por causas mede a distribuição de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É usado para analisar variações nos grupos de causas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências. O exemplo da Figura 10 mostra as mortes femininas por agressão, ocorridas na cidade de Porto Alegre, um indicador aproximado de feminicídio.

Figura 10 – Número de mortes femininas por agressão, Porto Alegre, 2001-2014



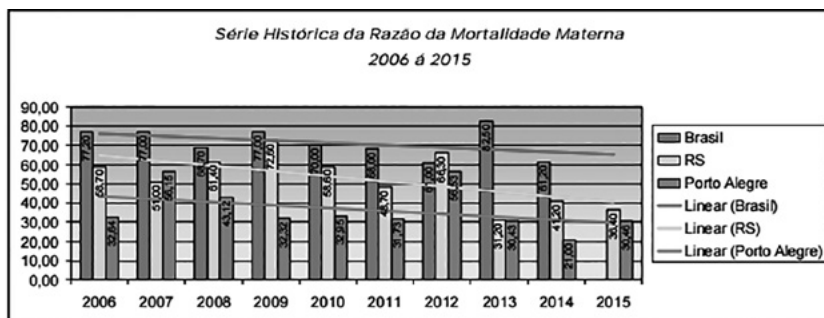
#### 4.2.4 Razão de mortalidade materna

A razão de mortalidade materna trata a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, devido a causas relacionadas à gravidez, excluindo-se causas acidentais, como acidentes de trânsito. Muitos autores denominam esta razão como coeficiente de mortalidade materna, porque os numeradores (mortes maternas) não estão contidos nos denominadores (nascidos vivos).

As causas de morte materna são classificadas em: obstétricas diretas: resultantes de complicações na gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões ou tratamento in-

correto e, obstétricas indiretas: Resultantes de doenças existentes antes ou durante a gravidez e agravadas por ela.

Em muitos estados da federação foram criados Comitês de Mortalidade Materna para investigar as mortes maternas, permitindo a identificação daquelas que não foram informadas corretamente. A mortalidade materna é um indicador particularmente sensível às iniquidades, e é um dos indicadores que mostra as maiores disparidades nas comparações entre países e regiões. Indica o status da mulher, acesso à assistência a saúde e adequação do sistema de saúde em responder às necessidades locais (MELLO JORGE, 2000).



#### 4.2.5 Coeficiente de mortalidade por grupo etário

O coeficiente de mortalidade por grupo etário mede a distribuição dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado território e data. Elevados coeficientes em menores de um ano de idade estão associados a más condições de vida

e de saúde e o deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens e o consequente aumento da expectativa de vida da população.

O cálculo deste coeficiente é realizado da seguinte maneira: número de óbitos segundo idade ou faixa etária, data e local dividido pela população na idade ou faixa etária, data e local e multiplicado por 100 mil.

Enfim, ao analisar indicadores de saúde podemos fotografar na rua situações imagéticas que se aproximam de indicadores de risco e vulnerabilidade à saúde. A ideia é buscar ocorrências, fatos, situações cotidianas, instantâneos de rua, que expressem possibilidades de risco ou vulnerabilidade aos modos de viver a vida. Também nos interessa ações que traduzem resistências/potências para fazer frente as dificuldades do viver, ou no dizer de Georges Canguilhem (1986) às infidelidades do meio. O desafio é aguçar o olho clínico, o olho imagético, o olho sensível, o olho que quer ver o outro em outros cenários, imagens e cenas.

## SÍNTESES: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Para analisar a situação de saúde do seu município ou local de trabalho você pode usar um sem número de dados, informações, depoimentos, indicadores, narrativas, mídias, entre outros. Pode trabalhar dados quantitativos e qualitativos, o que importa é focar no que você quer mostrar, descobrir, evidenciar, denunciar (GOULART, 1999).



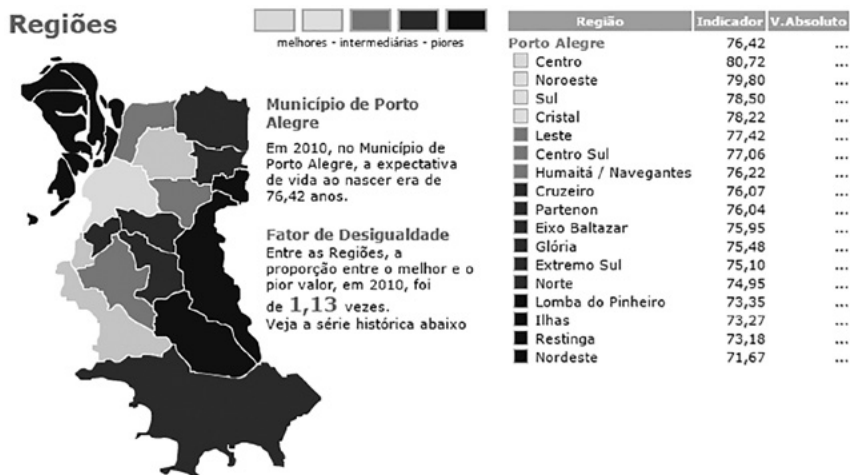
Você pode começar descrevendo sua comunidade: quem somos, onde nos situamos, como é o nosso território, o que há nele - geografia, economia, pessoas, cultura, história -. Quais são as origens da comunidade, qual foi a sua história, onde está guardada sua memória.



Fonte: <https://esabreu.blogspot.com/2014/07/centro-da-capital-fotos-antigas-de.html>

Podemos continuar mapeando eventos no território. No mapa abaixo estão arroladas as regiões da cidade com as respectivas esperanças de vida no ano de 2010. O mapa pode ser feito com recursos tecnológicos sofisticados ou mesmo desenhado a mão e os eventos marcados com pontinhos ou alfinetes coloridos. Vejam que para mostrar as desigualdades entre as regiões, basta dividir o melhor pelo pior valor, como no exemplo abaixo.

Figura 11 – Expectativa de vida, Regiões administrativas, Porto Alegre, 2010



Podemos recolher narrativas, histórias de vida, histórias de instituições de saúde, de epidemias e morbidades, relatos de controle de agravos, de ações de saúde e educação, ações exitosas na voz de informantes chave, líderes comunitários, trabalhadores populares de saúde, profissionais de saúde, professores, moradores do local. Podemos ler documentos, usar dados históricos e atuais, mídias, relatórios institucionais. Ouvir contadores de histórias, rádios comunitárias, cantores populares, slam.

Não se podem esquecer os indicadores demográficos: quantos somos, qual a distribuição da população por idade e sexo, qual a escolaridade, principais ocupações, população urba-

na e rural, percentual de pessoas com e sem trabalho, migrantes. Tipo de moradia, abastecimento de água e esgoto, coleta de lixo, equipamentos sociais urbanos como escolas, praças, bibliotecas, centros comunitários e de lazer. Quais as taxas de natalidade e fertilidade das mulheres e qual o crescimento populacional.



Fotos: Stela Meneghel

*Onde e como moramos?*

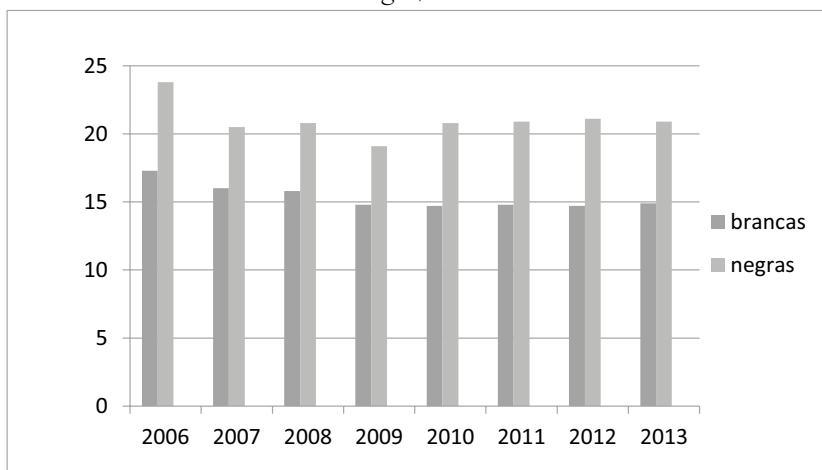


Foto: Stela Meneghel

*Como são os serviços de água, saneamento e remoção de lixo?*

Outro capítulo diz respeito aos indicadores de morbidade e mortalidade, em resposta a pergunta de que adoecem e morrem as pessoas no território? Quais são os coeficientes de mortalidade geral, infantil (tardia e neonatal), mortalidade de crianças e jovens? A mortalidade materna é elevada? Morrem muitas mulheres por aborto? Como estão as taxas de doenças como tuberculose, aids, hanseníase? Há muita diarreia e doença respiratória? Obesidade, hipertensão e diabetes? Gravidez em adolescentes? DSTs?

Figura 12 - Gravidez na adolescência segundo raça/cor,  
Porto Alegre, 2006-2013



As pessoas possuem atividades de lazer ou só lhes resta comer, beber, fumar e ver televisão? É possível fazer atividades de rua?

Como estão os indicadores de violência e criminalidade? Há muitas famílias com membro encarcerado? Os jovens estão em conflito com a lei? Há serviços de apoio às pessoas e famílias?

Quais são os serviços de saúde disponíveis? Os serviços sociais? Quantos profissionais existem? Como está o acesso das pessoas aos serviços?

Bem, podemos arrolar muitos outros indicadores quantitativos e qualitativos, sem esquecer que a análise não é um fim por si só, ela é apenas uma parte da programação e implemen-

tação de ações de saúde. Há sempre poucos recursos e trabalhar em rede significa potencializar recursos e aumentar significativamente o poder de intervenção e de transformação social.

## CONTE UMA HISTÓRIA

*Relate ao grupo uma história local de uma intervenção em saúde que deu certo.*

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia moderna**. 2ª. ed. Belo Horizonte: ABRASCO, 1992.

BARATA, R.B.B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **IESUS** v. 8, n. 1, p.7-17, 1999.

BRASIL. IPEA. **Retrato das Desigualdades**. Brasília: IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 3ª ed. Brasília: IPEA, 2008. <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/081216\\_retrato\\_3\\_edicao.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/081216_retrato_3_edicao.pdf)>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde** - 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>

/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/t8jSAA>>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento da situação da febre amarela no Brasil**. 30.01.2018. Disponível em: <http://www.saudedoviajante.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BREILH, J. **Saúde na Sociedade**. ABRASCO: São Paulo, 1986.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Bertrand-Russel, 1986.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1586-1594, 2005.

ENGELS F **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

GOULART, F.A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção em saúde. **IESUS**, v.8, n.2, p.17-27, 1999.

HEGENBERG, L. **Doença** - um estudo filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

INSTITUTO FAZENDO HISTÓRIA (IFH). **Oficinas de sexualidade e gênero: como lidar**. 2017. Disponível em: <<https://www.fazendohistoria.org.br/blog-geral/2017/12/7/sistematizacao-da-oficina-sexualidade-e-genero-como-lidar>>. Acesso em: 12 de março de 2018.

LAURELL, A.C. A saúde/doença como processo social. In: NUNES, E. (org.) **Medicina Social**. São Paulo: Global, 1983.

LAURENTI, R. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU, 1985.

HEILBORN, M.L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldenberg, P. (org) **O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MAC MAHON, B.; PUGH, T.F. **Princípios y metodos de epidemiologia**. 2. ed., México: Prensa Médica Mexicana, 1975.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saude soc**, v. 27, n.1, p. 26-36, 2018.

MELLO-JORGE, M.H.P. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MENEGHEL, S.N. **Epidemiologia: exercícios indisciplinados**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015.



MENEGHEL, S.N. **Epidemiologia** – exercícios e anotações. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2009.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade. In: Monteiro, S.; Saussure, C. (org). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. (org.) **Medicina Social**. Global, São Paulo, 1983.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SAFIOTTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL (SBMT). **Epidemia cruzada**: em meio à apreensão com o coronavírus, autoridades alertam para o aumento de casos de dengue. 11 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.sbmt.org.br/portal/epidemia-cruzada-em-meio-apreensao-com-o-coronavirus-auto-ridades-alertam-para-o-aumento-de-casos-de-dengue/?locale=pt-BR>>. Acesso em: 15 de março de 2020.

SOUZA, S.S; SILVA, I.G.; SILVA, H.H.G. Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de *Aedes aegypti*, no Estado de Goiás. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. v.43, n.2, p.152-155, 2010.





## Capítulo 3

### RISCO, EPIDEMIOLOGIA E TOMADA DE DECISÃO

*Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do **risco [grifo nosso]** de doença e de outros agravos (...) (Constituição Federal de 1988).*

*Roger dos Santos Rosa*

*Bruno Tavares Rocha*

#### **Introdução**

Dúvidas e incertezas permeiam a vida do ser humano. Tentativas de intervir no futuro, de mudar o rumo das coisas, estão presentes em todas as culturas e épocas. São esforços direcionados para aumentar as probabilidades de ocorrência de eventos considerados de bons auspícios e diminuir, ou mesmo eliminar, as daqueles tidos como prejudiciais.

As diferentes sistemáticas de intervenção no futuro organizavam-se tradicionalmente em torno da religião, dos sacrifícios para aplacar a ira dos deuses e das ofertas para obter suas graças.

A consolidação do conhecimento científico veio inicialmente a modificar o quadro, prometendo novas certezas através do estudo e do domínio da realidade presente com vistas a predizer e controlar o futuro (quando não, reescrever o passado). Logo, porém, também a ciência revelaria as suas incertezas.

A perda do condão da certeza que se esperava da ciência (ou o reconhecimento mais generalizado de sua temporalidade e mutabilidade) resultou de sua própria essência e evolução – que o diga o princípio da incerteza de Heisenberg. Essas dúvidas se ampliaram após a II Guerra Mundial quando o destino e a sobrevivência da própria humanidade foram postos em xeque ao se revelar o poder aniquilador do átomo pós-Hiroshima. Não admira a caricatura do “cientista louco”.

O conhecimento científico e a tecnologia trouxeram novos benefícios, mas também novos perigos, novos “riscos”. É nesse contexto que se caracterizam as “sociedades de risco”. São sociedades que passaram a se ocupar, cada vez mais, em debater, prevenir e administrar os riscos que elas próprias produziram (BECK, 2008).

Os riscos produzidos podem ser de diversas naturezas. São riscos no campo da saúde, do direito, do meio ambiente, das relações interpessoais ou entre as instituições para mencionar apenas alguns. Na saúde, centrada na ausência de doença e na preocupação com o bem-estar físico e mental, técnicas estatísticas desenvolvidas na primeira metade do século XX facilitaram buscar medir, quantificar, determinar, estimar as probabilidades – riscos – de determinadas consequências (o futuro) frente a

exposições, características ou situações específicas no presente ou no passado.

## **Epidemiologia**

Essas aplicações matemáticas fortaleceram um campo de estudos conhecido como epidemiologia. Inicialmente, a epidemiologia associava-se apenas ao conhecimento da evolução das epidemias. Paulatinamente, passou a ser entendida como o “estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas”, conforme a Associação Internacional de Epidemiologia (ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 2003).

De forma mais ampla, epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença, analisa a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL & GOLDBAUM, 2003).

Essa amplitude e a importância da epidemiologia são reconhecidas na legislação estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos princípios para o desenvolvimento das ações nos serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS é a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de

recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990). Assim, devido à potencialidade de sua aplicação em larga extensão do Sistema de Saúde e com o desenvolvimento de sistemas de informação, apresenta capacidade de produção de conhecimentos em ótica coletiva (TEIXEIRA, PAIM & VILABÔAS, 1998), destacando-se como ferramenta fundamental para o fortalecimento e a consolidação do SUS, no qual está diretamente ligada ao processo de elaboração de políticas públicas que visem a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990).

Entretanto, apesar da sua utilização em desenho de estudos, coleta e análise de dados para a produção de conhecimentos, sua aplicabilidade será determinada pelo modelo de saúde predominante no país (CARVALHO, PINHO & GARCIA, 2017).

## **Risco**

O desenvolvimento dos estudos epidemiológicos modernos repousa sobre a noção de risco. O termo risco começou a surgir no jargão epidemiológico na terceira década do século XX (AYRES, 2002). Todavia, foi com a publicação do artigo “Risco de pessoas em contato familiar com tuberculose pulmonar” em 1933 que o conceito de risco assumiu um caráter científico instrumental pleno (AYRES, 1997).

Para a epidemiologia, risco refere-se, genericamente, à probabilidade de algum evento indesejado (FLETCHER, FLET-

CHER & WAGNER, 1996). Seguidamente, o termo é usado de forma mais restrita para descrever a probabilidade que pessoas expostas a certos fatores (“fatores de risco”) adquiram subsequentemente determinada doença (FLETCHER, FLETCHER & WAGNER, 1996). Pode-se dizer que risco é o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade (ALMEIDA FILHO, 1989).

Examinado de maneira limitada, o raciocínio epidemiológico assenta-se em um sistema de lógica causal. A noção de risco é vista como um jogo de probabilidades de instalação de doença ou ocorrência de algum agravo dada uma série finita de fatores de exposição (ou “fatores de risco”). A lógica causal traduz-se em termos probabilísticos (ALMEIDA FILHO, 1989) e, subjacente à maioria dos estudos sobre risco, existe a intenção de tornar mensuráveis as incertezas (CASTIEL, 1994).

## **Estudos Epidemiológicos**

O método mais adequado para determinar se a exposição a um fator de estudo (potencial fator de risco) resulta em maior risco para determinado desfecho (doença) é a condução de um experimento. Contudo, os efeitos da maioria dos fatores de risco em seres humanos não podem ser estudados eticamente por meio de estudos experimentais, em que o pesquisador determina quem é exposto. Assim, predominam estudos observacionais, como os estudos de coorte e os de caso-controle (FLETCHER, FLETCHER & WAGNER, 1996).

O termo coorte é usado para descrever um grupo de pessoas que têm ou não algo em comum (“fator de risco”) ao serem inicialmente agregadas e que passam a ser observadas por um período de tempo. Nos estudos de coorte, as pessoas estão livres do desfecho (doença) no início da observação, quando é realizada a aferição dos fatores de risco. Essas pessoas devem ser observadas por um período de tempo significativo na história da doença, suficiente para o risco se expressar, ou seja, “o desenho longitudinal propõe, como sequência lógica da pesquisa, a antecipação das possíveis causas e a busca posterior de seus efeitos” (MENEGHEL, 2015, p. 130).

Todos os membros da coorte necessitam ser observados por todo o período de seguimento, evitando desistências para não distorcer os resultados. (FLETCHER, FLETCHER & WAGNER, 1996). Apresenta vantagens, como, por exemplo:

I) usabilidade para avaliação de desfechos múltiplos; II) são menos sujeitos a vieses de seleção; III) possibilitam discernir relações temporais entre a exposição e o desfecho”, porém esses estudos “podem ser ineficientes se o desfecho for raro ou a doença ter um longo período de latência (OLIVEIRA & PARENTE, 2010, p.115).

Nos estudos de caso-controle, selecionam-se os participantes (“casos”) com a doença e um grupo de pessoas (“controles”) sem a doença, mas que afora isso são semelhantes aos



casos. O investigador então olha para trás no tempo para determinar a frequência de exposição ao fator em estudo nos dois grupos. Os casos já têm o desfecho de interesse na ocasião em que a informação sobre os fatores de risco é pesquisada. (FLETCHER, FLETCHER & WAGNER, 1996).

A aplicabilidade desse tipo de estudo pode se dar em estudos de doenças raras ou com longo período de latência, além de permitir o estudo de múltiplas exposições, mas não são ideais para calcular incidência específica (OLIVEIRA & PARENTE, 2010).

Entre os indicadores de ocorrência dos desfechos, dois são de particular importância: a prevalência e a incidência. A prevalência pode ser definida como a proporção de *casos totais* de uma certa doença (ou evento relacionado à saúde) em uma população delimitada, em um tempo determinado (tanto novos quanto antigos). As taxas de prevalência podem sofrer influências conforme o número de óbitos e as mudanças de localização dos enfermos (CARVALHO, PINHO & GARCIA, 2017). A incidência é a proporção de *casos novos* de uma dada patologia em uma população delimitada, durante determinado período de tempo. Neste sentido, a incidência corresponde numericamente ao conceito de risco (ou seja, é equivalente à medida de probabilidade de um dado sujeito adoecer, sob determinadas condições), elemento fundamental do raciocínio epidemiológico (ALMEIDA FILHO, 1989).

Para medir a magnitude da associação entre os fatores em estudo e seus desfechos são utilizadas medidas matemá-

ticas de proporcionalidade (risco relativo, *odds-ratio* e razão de prevalência) ou diferença (risco atribuível) cujo detalhamento pode ser facilmente encontrado em qualquer livro de epidemiologia.

As associações identificadas, todavia, podem representar apenas uma regularidade regida pelo acaso. Daí a utilização de testes estatísticos e o estabelecimento de valores críticos para rejeição da hipótese nula (hipótese de não associação ou de proporções iguais). Entre os testes mais simples e mais utilizados estão o qui-quadrado, o teste “z” e teste “t” de Student.

### **Risco Individual, Abordagem de Risco e Análise de Risco**

Os indicadores epidemiológicos relacionados ao risco mantiveram-se imutáveis em sua expressão matemática na segunda metade do século XX e no início do XXI. Entretanto, têm sido utilizados como instrumentos de respaldo a concepções sobre risco que têm se modificado nas últimas décadas. Dependendo da definição de fator de estudo e de desfecho investigado, o resultado poderá ser apenas matematicamente válido.

Quadros conceituais insuficientes em seu poder explicativo, equivocados ou enviesados terminam – via indicadores epidemiológicos de risco – embasando ou justificando formas de intervenção diferenciadas sobre a sociedade. Neste sentido, convém lembrar que determinantes socioeconômicos geralmente não atuam diretamente sobre os fenômenos de saúde. Constituem, sobretudo, “rede de causas” que precisam ser colocadas

em evidência (GOLDBERG, 1994). Daí a importância das teorias, dos modelos e dos conceitos utilizados.

À semelhança de outros produtos do conhecimento, os enunciados científicos sobre risco podem ocultar, sob termos técnicos, um conjunto de crenças sociais, valores ou ideais políticos que, devido à sua sintaxe inacessível, resistem a qualquer forma de contraposição (MITJAVILA, 2002). Por exemplo, três vertentes sobre o conceito de risco podem ser identificadas nos últimos trinta anos (HAYES, 1992 *apud* LUIZ & COHN, 2006): risco individual, abordagem de risco e análise de risco.

A primeira vertente é a de “Risco Individual” (*Health Risk Appraisal* – HRA), que trata do cálculo de risco pessoal projetado a partir de estudos epidemiológicos e de estatísticas vitais. São referentes a características pessoais, tais como história familiar, hábitos, estilo de vida e outros. As intervenções propostas que decorrem dessa abordagem objetivam, por exemplo, a redução da mortalidade precoce através do estímulo à mudança de comportamentos tidos como de risco (estilo de vida individual) sem abordar medidas de âmbito estrutural que proporcionem o bem-estar das pessoas.

A segunda é a “Abordagem de Risco” (*Risk Approach* – RA), ou “Estratégia de Risco”. Trata-se de uma proposta para alocação de recursos, defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para maximizar a eficiência de alocação dos recursos públicos nos países menos desenvolvidos. Objetiva garantir atenção especial na área da saúde aos grupos menos favorecidos, ou seja, sob maior risco. A definição de risco na RA é mais difusa que

na HRA, uma vez que envolve aspectos de atributos individuais e sócio-ecológicos. A redução das desigualdades seria o foco principal, pretensamente alcançado pela estratégia da atenção primária. No entanto, desconsidera as políticas mais amplas de inclusão social, como educação, acesso à água potável, condições de vida, etc.

A terceira vertente da literatura, a “Análise de Risco” (*Risk Analysis / Assessment / Management – RA/M*), é muito mais genérica e indefinida que as duas anteriores. Trata-se de pesquisas que abordam o perigo do uso de tecnologias, a segurança de produtos, a percepção do público sobre risco, etc. (HAYES, 1992 *apud* LUIZ & COHN, 2006). Destacam-se os estudos de avaliação tecnológica em saúde (*Health Technology Assessment - HTA*) especialmente em países com sistemas de saúde públicos e de cobertura universal como Suécia, Holanda e Reino Unido. Os estudos de HTA produzem informações sobre a efetividade e a segurança das novas tecnologias, principalmente as de alto custo. Desse modo, ampliam a abrangência de informações necessárias para a introdução de novas tecnologias em geral, constituindo-se em mecanismo complementar de vigilância do setor público sobre os riscos de sua introdução na atenção à saúde (NOVAES & CARVALHEIRO, 2007).

## **Racionalidade da decisão**

O conceito de risco abrange tanto o aspecto cognitivo do futuro quanto a ação a fim de reforçar ou alterar esse futuro

previsto (BRICEÑO-LEÓN, 1998). É uma construção mental que relaciona ações e circunstâncias do presente com um eventual resultado no futuro. Se não há ideia sobre o futuro, é difícil imaginar como atuar hoje. Se a doença não existir na cultura ou se existir e o indivíduo não acreditar que poderá controlar a ocorrência ou não do dano, nada fará, resignando-se (BRICEÑO-LEÓN, 1998).

Nas sociedades modernas, trata-se o futuro racionalmente através do controle da realidade, e sua construção é conscientemente programada para enfrentar riscos e incertezas (MOTTA, 2001). A ideia tênue de futuro e a confiança limitada na possibilidade de controlá-lo pode fazer com que algumas populações tenham dificuldade em avaliar o sentido do risco e o façam de forma distinta. Em múltiplas circunstâncias, a exposição ao risco estaria relacionada com uma decisão pessoal em que o indivíduo se depara com um conjunto de escolhas que, racionalmente, implicariam custos e benefícios (BRICEÑO-LEÓN, 1998). O mesmo raciocínio seria válido para as decisões de Estado e da sociedade.

Inicialmente, via-se o processo de decisão unicamente através da racionalidade na identificação, avaliação e seleção de alternativas (MOTTA, 2001). Uma decisão racional típica identificaria o problema; esclareceria seus objetivos classificando-os segundo sua importância; relacionaria todos os meios possíveis - ou políticas - para alcançar cada um de seus objetivos; avaliaria todos os custos e benefícios que provavelmente seguir-se-iam a cada uma das alternativas; e selecionaria o conjunto de objetivos

que produziriam os maiores benefícios relativos e as menores desvantagens relativas (SHARKANSKY, 1974).

A decisão racional (individual ou coletiva), contudo, sempre se passa em ambientes permeados de risco, ignorância e incerteza. Incerteza refere-se à inconfiabilidade da informação, isto é, quando se pode estimar alguma probabilidade, mas o grau de confiança é baixo. A situação é de risco quando existem informações confiáveis, mas incompletas; sabe-se apenas algumas probabilidades – como boa parte do campo da saúde. A ignorância existe quando as informações são insuficientes para se estimar qualquer probabilidade.

Todavia, há limite na busca de informações, pois demanda tempo e recursos. Tentar todas as informações não elimina o risco e leva ao desperdício. Produzir mais informações pode, inclusive, conduzir à superanálise de um problema; ao contrário de melhorar a decisão, eliminam-se as oportunidades de ação. (MOTTA, 2001).

O planejamento é a crença na possibilidade que ações metodicamente executadas alterem o futuro em determinada direção (a imagem-objetivo). Contudo, já foi dito, por exemplo, que o fracasso do planejamento estratégico é o fracasso da formalização, da previsão de discontinuidades, da institucionalização para prover inovações, dos dados factuais como substitutos dos intangíveis, de programações apertadas para responder aos fatores dinâmicos (MINTZBERG, AHLSTRAND & LAMPEL, 2000).

Há quem inclusive polemize a decisão racional como forma adequada para a gestão contemporânea das organizações,

defendendo a necessidade de se aprender a conviver com a ambiguidade e com o ilógico (MOTTA, 1995). Essas afirmações encontram consonância com a percepção que o risco se faz presente de forma ambivalente e ambígua nas sociedades contemporâneas (JEOLÁS, 2010).

Além desses elementos, também a emoção desafiaria a racionalidade de três formas distintas: (i) as emoções interferem na racionalidade; (ii) os processos emocionais podem secundar a racionalidade; e, de modo mais radical, (iii) as emoções e as cognições estão inextricavelmente entrelaçadas, ou seja, que a racionalidade é um mito (FINEMAN, 2001).

Os limites frágeis da racionalidade podem ser observados nas diversas formas de risco relacionadas à saúde que se proliferam em nossa sociedade. Algumas resultam de decisões mais coletivas, outras mais individuais; algumas mais calculadas, planejadas e procuradas (como esportes radicais, rchas de carro ou de moto, do skate nas ruas das grandes cidades, das roletas-russas); outras mais impostas ou dependentes de vulnerabilidades sociais e individuais (drogas, gravidez na adolescência, brigas de gangues urbanas); algumas negadas e não desejadas (caso da violência urbana) enquanto outras aceitas e até mesmo valorizadas com a anuência social (competições esportivas) (JEOLÁS, 2010).

Decisões nas bordas da racionalidade denotam muitas vezes estratégias de valor simbólico. Atitudes de negação e de desprezo pelo perigo são uma simples inversão da afirmação relativa ao risco – o que pode ainda não ser suficiente exigindo

um passo além. Quando trabalhadores acrescentam aos riscos ocupacionais o risco de performances pessoais, concursos de habilidade e de bravura, tudo se passa como se fossem eles que criassem cada risco. Criar uma situação ou agravá-la é, de certo modo, dominá-la afirmando a iniciativa e o domínio dos expostos sobre o perigo – e não o inverso (DEJOURS, 1992).

## **A Infalibilidade e Inefabilidade do Risco**

Muitas decisões baseadas em risco podem ser tomadas em situações em que não se quer (ou não se deseja) reconhecer o eventual erro da previsão, ou as consequências das decisões. O risco não erra.

Uma das bases da versatilidade do risco como conceito reside em sua propriedade imunizadora com relação ao fracasso. Na medida em que opera por intermédio de enunciados sobre o futuro, qualquer medição – em termos de probabilidade e/ou improbabilidade – será fictícia e, por isso, sem compromisso (MITJAVILA, 2002).

Assim, intervenções técnicas baseadas em enunciados probabilísticos possuem uma forte proteção perante eventuais erros de predição, pois o fracasso pode ser fundamentado não na certeza, mas na probabilidade de acontecer o que fora anunciado (MITJAVILA, 2002). O manto da invisibilidade, tangenciável apenas no nível do conhecimento, protege o risco.

Essas e outras propriedades discursivas do risco podem ser amplamente utilizadas para legitimar políticas ou para de-



sacreditá-las; para proteger os indivíduos das instituições ou para proteger as instituições dos agentes individuais. De forma até paradoxal, no campo da saúde em particular, passa-se a atribuir aos indivíduos a responsabilidade pelas condutas de risco, ao mesmo tempo em que tem diminuído o controle dos indivíduos sobre os riscos que provêm do ambiente (MITJAVILA, 2002).

A liquefação dos padrões – que antes garantiam a regularidade e os limites éticos – amplia infinitamente tais possibilidades. Esse movimento transfere ao indivíduo a responsabilidade exclusiva pelas decisões que afetam o seu destino (LUIZ & COHN, 2006).

Por um lado, não mais é o Estado que se responsabiliza, mas sim os indivíduos que devem se autogovernar e afastar-se dos riscos. Cada um deve auto-gerenciar seus próprios riscos. Por outro, tornou-se comum na área de saúde pública tentar criar uma consciência pública sobre os riscos de saúde adquiridos nas opções feitas pelos indivíduos, no que se refere aos seus estilos de vida.

Em nome dos riscos, árbitros da vida social podem justificar intervenções sobre os “estilos de vida”, destinadas a vigiar, orientar, controlar, julgar e, ainda punir os indivíduos e setores da população que não conseguem construir ou resistem a “estilos de vida saudáveis ou corretos”. Neste sentido, o risco pode agir retrospectivamente, para explicar infortúnios individuais ou coletivos decorrentes de condutas passadas; para adiante, pela predição de recompensas futuras; e até no presente, para habi-

litar ou restringir o acesso ao trabalho, à educação, à saúde etc. No cerne desse modelo, baseado na eficiência e racionalização, o risco passa a ser “fundamento para a provisão seletiva de serviços sociais” (MITJAVILA, 2002, p. 142).

## **Fenômeno socialmente construído**

Finalizando, lembramos que a noção de risco permite explorar as mudanças que vêm ocorrendo nas formas de controle social. É possível falar de uma transição da sociedade disciplinar, formação típica da modernidade clássica, para a sociedade de risco, formação emergente na modernidade tardia (SPINK, 2001). O risco seria assim um fenômeno socialmente construído, no qual uns têm mais informação e maior capacidade de decidir sobre os riscos que outros.

Para Luiz & Cohn (2006), “É a epidemiologia que informa sobre quais são os fatores de risco: a comida gordurosa, as tentações ricas em colesterol, a fumaça de cigarro. Portanto, é ela que diz quais são as portas que devem ser obstruídas à entrada da morte.” A definição de risco implica também, em última instância, essencialmente um jogo de poder. Isto é especialmente verdadeiro para a sociedade de risco, na qual governos ou atores econômicos poderosos podem decidir acerca de produzir (e informar sobre) riscos, de diversas naturezas – inclusive e principalmente no campo da saúde. O que nos faz refletir como a exposição ao risco pode estar substituindo a classe como a principal desigualdade da sociedade moderna (BECK, 2008).

## Referências

AYRES, JRCM. **Sobre o Risco** – para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev. Bras. Epidemiol.* [online]. v. 5, n.1, p.28-42, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2002.v5suppl1/28-42/pt>. Acesso em: 20 nov. 2010.

ALMEIDA FILHO N. A lógica da investigação em epidemiologia (p. 19-26). In: ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

BECK U. “Momento cosmopolita” da sociedade de risco. **Com Ciência**, Campinas, n.104, 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=41&id=501>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRICEÑO-LEÓN R. A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco (p. 121-131). In: VERAS, R. P.; BARRETO, M. L. B.; ALMEIDA FILHO, N. & BARATA, R. (Orgs.). **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998.

CARVALHO CA, PINHO JRO, GARCI PT. 2017. **Epidemiologia: Conceitos e aplicabilidade no sistema único de saúde**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís: EDUFMA.

CASTIEL LD. O estresse na pesquisa biomédica e epidemiológica: as limitações do modelo de risco no estudo do processo saúde doença (p. 127-169). In: CASTIEL LD. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994.

DEJOURS C. Trabalho e medo (p. 63-79). In: DEJOURS C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

FINEMAN S. A emoção e o processo de organizar (p. 157-189). In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R.; CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. **Handbook de estudos organizacionais** (v. 2). São Paulo: Atlas, 2001.

FLETCHER RH, FLETCHER SW, WAGNER EH. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. Porto Alegre: Artmed, 1996.

HAYES MV. On the epidemiology of risk: language, logic and social science. *Soc Sci Med*, v. 35, p. 401-7, 1992. *apud* LUIZ, O. C., COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2339-2348, 2006.

GOLDBERG M. Este obscuro objeto da epidemiologia (p. 87-136). In: COSTA, D. C. (*et al.*). **Epidemiologia**: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

JEOLÁS LS. O diálogo interdisciplinar na abordagem dos riscos: limites e possibilidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p. 9-21, 2010.

LUIZ, O. C. & COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p. 2339-2348, 2006.

MENEGHEL, Stela Nazareth. **Epidemiologia**: exercícios indisciplinados. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015.

MINTZBERG H, AHLSTRAND B, LAMPEL J. A Escola de Planejamento: a formação de estratégia como um processo formal (p. 32-66). In: MINTZBERG H, AHLSTRAND B, LAMPEL J. **Safári de estratégia**: um roteiro na selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social Rev. Sociol.** USP, São Paulo, v.14, n.2, p. 129-145, 2002.

MOTTA, PR. Focalizando a mudança: teorias e modelos (p. 69-125). In: MOTTA, PR. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001.

MOTTA, PR. Gerenciando a decisão: razão e intuição e a recuperação do ilógico como recurso gerencial (p. 49-77). In: MOTTA, PR. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NOVAES, HMD & CARVALHEIRO JR. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p.1841-1849, 2007.

OLIVEIRA MAP, PARENTE RCM. Estudos de Coorte e de Caso-Controle na Era da Medicina Baseada em Evidência. **Braz J Video Endosc Surg** 2010; 3(3):115-25.

ROUQUAYROL MZ & GOLDBAUM M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças (p. 17-35). In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SHARKANSKY I. **Administração Pública**. A formulação de políticas nos órgãos governamentais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974.

SPINK MJP. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1277-1311, 2001.

TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILASBOAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v.7, n.2, p.7-28, jun. 1998. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=i-so](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=i-so)>. Acesso em: 17 fev. 2020.



**Voltar ao  
Sumário**

## Capítulo 4

# EPIDEMIOLOGIA: DELINEAMENTOS OBSERVACIONAIS DE COORTE E TRANSVERSAL

*Paulo Cauhy Petry*

### **Introdução**

Epidemiologia é o estudo da distribuição das doenças nas populações e os fatores que influenciam ou determinam essa distribuição. Por que uma doença se desenvolve em umas pessoas e não em outras? A premissa subjacente à epidemiologia é que as doenças e problemas de saúde não são distribuídos aleatoriamente em populações humanas. Ao contrário disso, cada um de nós têm determinadas características que nos predispõem ou protegem de uma variedade de diferentes doenças. Essas características podem ser primeiramente de origem genética ou serem o resultado de exposições a determinados riscos ambientais. Talvez, mais frequentemente, estejamos lidando com uma interação de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento das doenças.

Conforme Mervyn Susser, epidemiologista Sul-africano, em sua obra “Epidemiologia: saúde e sociedade”, a epidemiologia é essencialmente uma ciência populacional que se baseia nas

ciências sociais para a compreensão da estrutura e da dinâmica sociais, na matemática para noções estatísticas de probabilidade, inferência e estimação e nas ciências biológicas para o conhecimento do substrato orgânico humano onde as manifestações observadas encontrarão expressão individual.

Nos últimos anos observa-se um aumento extraordinário da participação e protagonismo da disciplina de epidemiologia na abordagem de questões relacionadas à saúde coletiva, bem como sua contribuição para a prática clínica. Na atualidade, a disciplina se constitui na principal fonte de informações da área da saúde, analisando os fenômenos do processo saúde e doença. Com uma abordagem tradicionalmente quantitativa, estuda a ocorrência, fatores causais e distribuição de desfechos, eventos ou agravos relacionados à saúde em populações específicas. A palavra **EPIDEMIOLOGIA** tem origem no idioma Grego e significa:

**EPI** = sobre; **DEMOS** = população; **LOGOS** = estudo.

Portanto, sua própria etimologia, indica que a disciplina é o estudo do que ocorre em uma população. A epidemiologia, que como campo científico aflorou na metade do século XIX e se consolidou no início do século seguinte, pode ser utilizada como uma poderosa ferramenta científica na área da saúde, para fornecer bases racionais para o planejamento e implementação de programas preventivos e de promoção de saúde, seu valor é inestimável para conduzir investigações clínicas, avaliar novos tratamentos, comparando sua efetividade com terapias já conhecidas e utilizadas.



Assim, a epidemiologia deve ser entendida como o estudo da ocorrência e distribuição de doenças e estados ou eventos relacionados à saúde em grupos populacionais específicos, a análise de fatores que influenciam ou determinam essa ocorrência e a aplicação desses conhecimentos no controle dos problemas de saúde. Uma definição abrangente e amplamente aceita, baseada no clássico “Dicionário de Epidemiologia” de John Last (1988) diz que: “Epidemiologia é o estudo da distribuição e determinantes de estados relacionados à saúde ou eventos em populações específicas e a aplicação desses estudos para o controle dos problemas de saúde” (LAST, 1988). É notável nessa afirmação que ela contempla a definição dos conteúdos da disciplina e a proposta das aplicações para as quais as investigações epidemiológicas deverão ser realizadas.

## **Delineamentos em epidemiologia**

Os estudos epidemiológicos procuram descrever a ocorrência de desfechos relacionados à saúde em determinadas populações, ou podem ainda ter como objetivo testar hipóteses relacionadas ao processo saúde e doença. Os delineamentos de estudos epidemiológicos podem ser divididos em dois tipos: **Experimentais** e **Observacionais**.

Nos estudos experimentais, por exemplo, Ensaio Clínico Randomizado (ECR), o pesquisador, tem o controle da variável de exposição, aplica um determinado tratamento (denominado de intervenção) e observa seus efeitos sobre um desfecho. A principal vantagem de um ECR em relação aos estudos obser-

vacacionais é sua capacidade de demonstrar a relação causal entre as variáveis estudadas. Isso se deve, em especial, a dois motivos:

- a) Alocação aleatória (randomização) dos indivíduos para os diferentes grupos de intervenção, o que pode eliminar a influência de variáveis de confundimento.
- b) Cegamento de avaliadores e pacientes em estudo. Este recurso pode eliminar a possibilidade de os efeitos observados serem causados por outros tratamentos, indução emocional ou mensuração enviesada dos desfechos por parte do examinador.

Já nos delineamentos observacionais, se tenta simular as condições e resultados dos estudos experimentais. São aqueles onde não há controle dos fatores sob estudo (especialmente da variável de exposição), desta forma, são mais susceptíveis a possibilidade da interferência de variáveis de confundimento. Por esta razão, mais propensos a possível ocorrência de vieses. Os delineamentos de estudos observacionais podem ser **Descritivos** ou **Analíticos (Etiológicos)**.

Os delineamentos de estudos observacionais Descritivos são utilizados quando o objetivo é apenas descrever a situação de saúde de uma população, estimar a frequência da presença de desfechos ou ainda quando pouco se sabe sobre a ocorrência de uma determinada doença, sua história natural ou seus determinantes. Estudos observacionais Descritivos também podem ser utilizados para gerar hipóteses específicas sobre a etiologia

de doenças. Já os delineamentos Analíticos ou Etiológicos são usados quando, antes da investigação, há maior conhecimento sobre os desfechos a serem avaliados, permitindo, desta forma que hipóteses específicas sejam testadas. Seus objetivos são identificar fatores de risco, estimar seus efeitos e sugerir estratégias de intervenção.

## **Vantagens e limitações dos delineamentos observacionais**

Os delineamentos de estudos observacionais são frequentemente mais práticos e factíveis de serem conduzidos, especialmente pelo fato de a variável de exposição não ser controlada pelos pesquisadores. Outro potencial vantagem deste tipo de delineamento é que são realizados em cenários naturais. A principal desvantagem dos estudos observacionais é que os investigadores não têm controle dos fatores em estudos, especialmente as variáveis de exposição, desta forma seus resultados são mais susceptíveis a influência de potenciais vieses.

A partir de agora, discutiremos os delineamentos observacionais mais utilizados. Os estudos epidemiológicos são extremamente relevantes para as práticas clínicas de todas as áreas da saúde, bem como para a saúde coletiva, com frequência se discute a importância de um profissional da área clínica preocupar-se com a etiologia das diversas doenças. O paradigma tradicional, e antiquado, do método clínico sempre foi o de tratar as doenças apenas depois de elas tornarem-se aparentes, entretanto a prevenção e/ou promoção da saúde devem ser a principal responsa-

bilidade de profissionais. Tanto prevenção, promoção da saúde quanto tratamento devem ser vistos como elementos essenciais na prática profissional moderna.

Compreender os diferentes delineamentos epidemiológicos utilizados para investigação etiológica e identificação de fatores de risco, juntamente com a apreciação de problemas metodológicos envolvidos em tais estudos, é fundamental para a prática clínica e ações de saúde coletiva.

## **Estudos de Coorte**

Os delineamentos dos estudos de Coorte acompanham grupos de indivíduos no tempo. Há duas variações comuns para os delineamentos dos estudos de Coorte, conforme o período de seguimento:

- a) **PROSPECTIVOS** ou Concorrentes, nos quais os pesquisadores definem a população e medem as variáveis de exposição antes de ocorrerem os desfechos.
- b) **RETROSPECTIVOS** ou Históricos, nos quais os pesquisadores definem a população e coletam os dados sobre as variáveis de exposição após a ocorrência dos desfechos.

## **Origens**

A palavra **Cohors**, em português, **Coorte**, tem sua origem etimológica no latim, que indicava a subdivisão de uma legião do

antigo exército romano, batalhão de 300 a 600 soldados. O termo “Coorte” foi introduzido na epidemiologia em 1935. Estes estudos foram, inicialmente, utilizados para avaliar a incidência de tuberculose específica por sexo e idade. Este tipo de delineamento se constituiu em elemento fundamental para o estudo de doenças crônicas. São delineamentos do tipo observacional que, conforme o objetivo da pesquisa podem ser descritivos ou analíticos. Os estudos de Coorte são também chamados de estudos de incidência, de seguimento, de acompanhamento (*follow up*), prospectivos ou longitudinais, têm sido aplicados à investigação de diversos problemas de saúde, tanto agudos quanto crônicos, em áreas temáticas como a saúde ocupacional, reprodutiva, entre outras, nas várias fases da vida. Seus resultados têm embasado recomendações de condutas em saúde, com impacto profundo em diversas populações.

### **Principais objetivos dos estudos de Coorte**

Os delineamentos dos estudos de Coorte podem apresentar os seguintes objetivos:

- a) Avaliar a etiologia (determinantes) de desfechos. Exemplo: Associação entre alcoolismo e cirrose hepática.
- b) Acompanhar a incidência de determinados desfechos. Exemplo: Avaliar a ocorrência de doenças crônicas.
- c) Investigar a história natural de doenças. Exemplo: Evolução clínica de pacientes com microcefalia.
- d) Estudar o impacto de fatores prognósticos. Exemplo:

Marcadores tumorais e evolução de cânceres.

- e) Avaliar intervenções diagnósticas e terapêuticas. Exemplo: impacto da realização de mamografias e a mortalidade por câncer de mama.

## **Delineamentos de estudos de Coorte**

Estudos de Coorte acompanham grupos de sujeitos ao longo de um período de tempo. Apresentam dois objetivos principais:

- a) descrever a ocorrência (incidência) de certos desfechos após períodos de acompanhamento e,
- b) analisar associações entre determinadas exposições e desfechos.

Dependendo dos objetivos dos pesquisadores, os delineamentos de Coorte podem ser conduzidos como descritivos ou analíticos. Os estudos de Coorte do tipo descritivo respondem a perguntas do tipo: Onde? Quando? Quem? Como? Já os delineamentos do tipo analítico respondem: Por quê? Há vantagem? Há associação entre a exposição e o desfecho?

## **Estudo de Coorte descritivo**

Nos delineamentos de estudos de Coorte descritivos o investigador seleciona um grupo de indivíduos e os acompanha por determinado período de tempo para avaliar a ocorrência (incidência) de algum desfecho ou evento (Figura 1). A medida

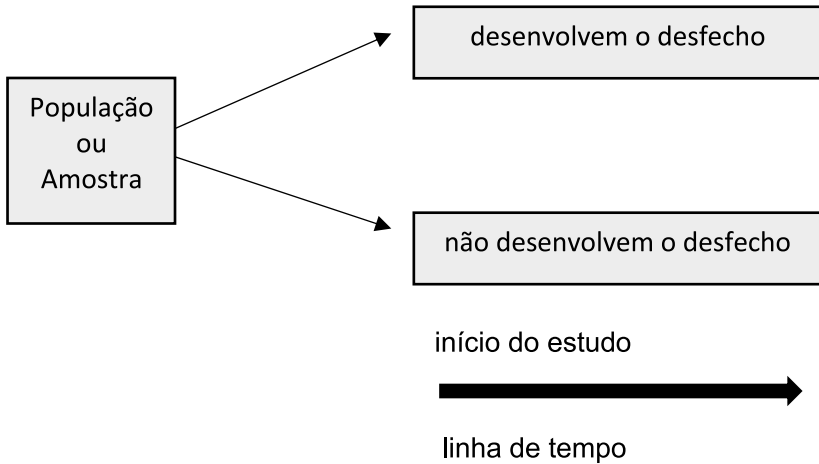
de incidência avalia a mudança no estado de saúde, ou seja, o desenvolvimento do desfecho em um determinado período de tempo.

A Incidência será obtida dividindo-se os novos casos do desfecho que ocorrerão no período de acompanhamento do estudo pela população estudada, sua fórmula é: **Incidência** = novos casos / população em estudo x 100.

### **Estrutura básica do delineamento de um estudo de Coorte descritivo**

- a) Definição clara dos objetivos do estudo.
- b) Detalhamento e padronização dos critérios de diagnóstico dos desfechos a serem analisados.
- b) Recrutamento e seleção da população-alvo.
- c) Determinação do período de acompanhamento ou observação, adequado aos objetivos do estudo.
- d) Análise dos dados: cálculo das incidências.

Figura 1. Delineamento de um estudo de Coorte descritivo.



### **Estudo de Coorte analítico**

Em um estudo de Coorte analítico os indivíduos são selecionados segundo o status de exposição, classificados em grupos de expostos e não expostos, sendo seguidos para comparar a ocorrência (incidência) de determinado desfecho ou evento (característica, doença ou morte) em ambos os grupos, ao longo de determinado período de tempo (Figura 2).

Estrutura básica do delineamento de um estudo de Coorte analítico

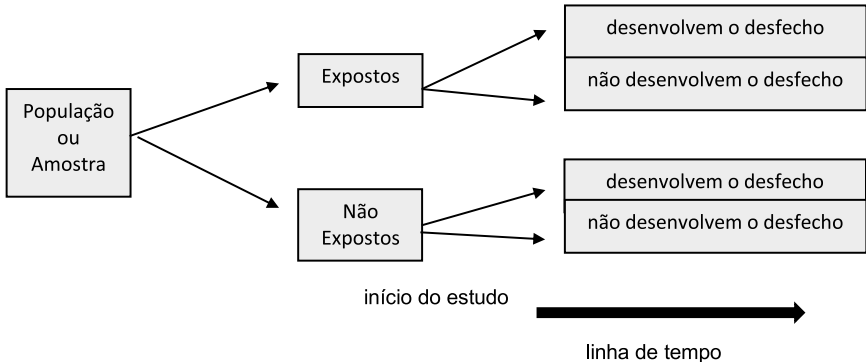
- a) Definição clara dos objetivos do estudo.
- b) Recrutamento e seleção da população-alvo, ou seja, de-



limitação do grupo de sujeitos a serem acompanhados no período do estudo. Estas pessoas devem ser apropriadas às questões de pesquisa e estarem disponíveis durante o acompanhamento.

- c) Especificação das variáveis preditoras, exposições, características ou fatores de interesse a serem analisados.
- d) Definição e padronização dos critérios de diagnóstico dos desfechos.
- e) Determinação do período de acompanhamento ou observação adequado aos objetivos do estudo.
- f) Divisão da população-alvo em grupos de expostos e não expostos.
- g) Análise dos dados: cálculo das incidências entre os grupos e expostos e não expostos e do Risco Relativo (RR).

Figura 2. Delineamento de um estudo de Coorte analítico.



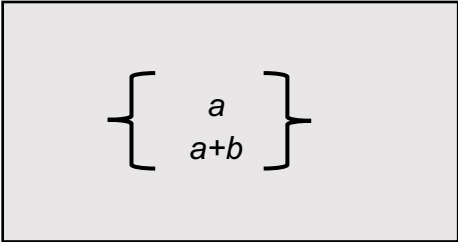
**OBS:** Os delineamentos de Coorte podem incluir mais de dois grupos, embora, com o objetivo de simplificar os exemplos, apenas dois grupos serão mostrados.

Se existir associação entre a exposição e o desfecho, espera-se que a proporção do desfecho no grupo exposto (incidência entre os expostos) seja diferente do que entre os não expostos (incidência nos não expostos). Os cálculos das incidências são apresentados no Quadro 1.

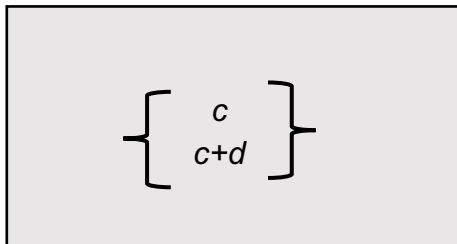
**Quadro 1.** Delineamento de um estudo de Coorte. Cálculos das incidências.

	Desenvolvem o evento	Não desenvolvem o evento	Totais	Incidência
Expostos	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>a + b</b>	$\frac{a}{a + b}$
Não expostos	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>c + d</b>	$\frac{c}{c + d}$

Seleciona-se um grupo de sujeitos expostos e um de não expostos. Dentre os expostos ( $a+b$ ), o desfecho se desenvolve em  $a$ , mas não em  $b$ . Portanto, a incidência do desfecho entre os expostos será  $a/a+b$ :



Da mesma forma, entre os sujeitos não expostos ( $c+d$ ), o desfecho se desenvolve em  $c$ , mas não em  $d$ . Portanto, a incidência entre os não expostos será  $(c/c+d)$ :



## Medida de associação

As medidas de associação retratam a magnitude da relação estatística entre as variáveis em estudo. Constituem-se no principal instrumento para inferências causais, ou seja, para analisarmos a possível associação entre as variáveis de exposição e a variável de desfecho (evento), precisamos de uma medida que reflita a relação estatística entre elas. As medidas de associação envolvem uma comparação direta entre as medidas de frequência, que nos delineamentos de Coorte são as incidências. Desta forma, nos delineamentos de estudos de Coorte, a medida utilizada para investigar a associação entre as variáveis de exposição e a variável de desfecho é chamada de Risco Relativo (RR) que é obtido dividindo-se a incidência verificada entre os expostos pela incidência entre os não expostos, conforme a fórmula abaixo:

**Risco Relativo =**

incidência entre os expostos / incidência entre os não expostos

$$RR = \frac{a}{a+b} \div \frac{c}{c+d}$$

Considere um exemplo, com dados fictícios, sobre a associação entre o alcoolismo e a cirrose hepática (ver Quadro 2).

Selecionou-se um grupo de 400 alcoolistas (expostos) e outro de 720 não alcoolistas (não expostos) que não apresentavam o desfecho (cirrose hepática) no início do estudo. Ambos os grupos são acompanhados por 15 anos para avaliar o desenvolvimento de cirrose hepática e suas incidências serão comparadas ao final do estudo. A cirrose hepática se desenvolveu em 40 alcoolistas e em 36 não alcoolistas, aplicando-se as respectivas fórmulas temos como resultado uma incidência cirrose hepática de 10% (40/400) entre os alcoolistas (expostos) e 5% (36/720) entre os não alcoolistas (não expostos), no período de 15 anos. Então, o Risco Relativo será a razão entre estas incidências [incidência entre os expostos (10%) dividido pela incidência entre os não expostos (5%)], ou seja, 2. (Veja como interpretar o RR mais abaixo).

**Quadro 2.** Delineamento de um estudo de Coorte (dados fictícios), sobre a associação entre alcoolismo (exposição) e cirrose hepática (desfecho).

	Desenvolvem cirrose hepática	Não desenvolvem cirrose hepática	Totais	Incidência
Alcoolistas	40	360	400	$\frac{40}{400}$
Não Alcoolistas	36	684	720	$\frac{36}{720}$

### **Análise dos dados: interpretação do Risco Relativo (RR)**

Nos delineamentos de estudos de Coorte do tipo analítico a medida de risco (RR), responde a seguinte pergunta:

Existe associação entre a exposição e o desfecho estudados?

Como já foi visto, o RR é uma razão entre a incidência obtida no grupo de indivíduos expostos e a incidência no grupo de indivíduos não expostos, desta forma, inicialmente, existem dois resultados possíveis.

Existe associação entre a exposição e o desfecho?

Imagine que o RR de seu estudo tenha sido igual a 1. Para isto acontecer (veja a fórmula acima) é preciso que o numera-

dor seja igual ao denominador, ou seja, a incidência obtida no grupo de indivíduos expostos seria igual a incidência no grupo de indivíduos não expostos, sendo iguais, o  $RR = 1$  indicaria não haver associação entre a exposição e o desfecho estudados. Entretanto, o RR pode ser diferente de 1, para isto acontecer o numerador deverá ser diferente do denominador, assim, o RR sendo diferente de 1, indica que as incidências foram diferentes entre os grupos, ou seja, existe associação entre a exposição e o desfecho estudados.

Em que sentido se dá a associação observada?

Então, hipoteticamente, imagine que em sua pesquisa o RR encontrado foi diferente de 1, indicando que existe associação entre a exposição e o desfecho estudados, pois as incidências foram diferentes entre os grupos. Para dar sequência ao processo de análise dos dados do estudo, a pergunta seguinte será: Em que sentido se dá a associação observada?

Observe que o Risco Relativo (RR) será sempre um número positivo, porém, poderá ser maior ou menor do que 1. No caso de o RR ser **maior** do que 1, isto estará indicando que o numerador foi maior do que o denominador, ou seja, que a incidência do desfecho foi maior no grupo de indivíduos expostos. Desta forma, pode-se concluir que o fato de os indivíduos deste grupo estarem expostos os faz apresentarem maior número de desfechos, ou seja, que a exposição em estudo é um fator de **risco** para a ocorrência do desfecho.

Entretanto, o RR poderá ser **menor** do que 1, desta vez evidenciando que o numerador foi menor do que o denominador, ou seja, que a incidência do desfecho foi menor no grupo de indivíduos expostos. Neste caso, pode-se concluir que o fato de os indivíduos deste grupo estarem expostos os faz apresentar um número menor de desfechos, ou seja, que a exposição em estudo é um fator de **proteção** para a ocorrência do desfecho.

Qual a magnitude da associação observada?

O passo seguinte do processo de análise dos dados será estimar a magnitude da associação observada. Se a exposição for um fator de risco pode-se calcular o quanto o fato de um indivíduo estar exposto aumenta o risco de ocorrência do desfecho. Imagine que em seu estudo você encontrou um RR de 1,64, já sabemos que a exposição está associada ao desfecho, que é um fator de risco, mas qual a magnitude deste risco? Você pode simplesmente dizer que os indivíduos expostos apresentam 1,64 vezes mais risco do que os não expostos, ou, mais comumente, expressar este risco em percentual.

Para expressar o RR em percentual você precisará realizar uma operação matemática bastante simples, tenha em mente o resultado que indica a não associação ( $RR=1$ ), assim, o risco será o que exceder a unidade. Desta forma, se o resultado de seu estudo foi  $RR=1,64$ , tome este valor e subtraia 1, você encontrará 0,64 e então multiplique por 100, este resultado será o percentual de risco, ou seja, a exposição aumenta o risco de ocorrer o desfecho em 64%.

Caso a exposição seja um fator de proteção, pode-se calcular o quanto um sujeito exposto estará protegido da ocorrência do desfecho. Suponha que seu estudo encontrou um RR de 0,48, sabemos que a exposição está associada ao desfecho e que é um fator de proteção, mas qual a magnitude desta proteção? Do mesmo modo que para o fator de risco, tenha em mente a não associação ( $RR=1$ ), entretanto, o que queremos saber agora é o quanto este número é menor do que 1. Para isso, tome a unidade e subtraia o RR encontrado (0,48), você terá 0,52, multiplique por 100 e você terá 52%, que é o percentual de proteção, assim, diz-se que os sujeitos expostos terão 52% menos chances de desenvolverem o desfecho, ou ainda, estar exposto confere 52% de proteção. Veja o Quadro 3 com outros exemplos da expressão do RR em percentuais.



**Quadro 3.** Exemplos da expressão do Risco Relativo (RR) em percentuais.

Resultado do estudo	Operação matemática	Interpretação dos dados
RR= 1,24	$1,24 - 1 = 0,24$	Fator de risco de 24%
RR= 1,96	$1,96 - 1 = 0,96$	Fator de risco de 96%
RR= 2,18*	$2,18 - 1 = 1,18^*$	Fator de risco de 118%*
RR= 0,77	$1 - 0,77 = 0,23$	Fator de proteção de 23%
RR= 0,35	$1 - 0,35 = 0,65$	Fator de proteção de 65%
RR= 0,10	$1 - 0,10 = 0,90$	Fator de proteção de 90%

\* Note que o RR é uma razão, logo, pode variar de zero ao infinito.

Note que, por estarmos identificando *novos* (incidentes) casos do desfecho na medida em que ocorrem, é possível determinar se existe relação temporal entre exposição e desfecho, ou seja, se a exposição precedeu o início do desfecho. Certamente, tal relação temporal deve ser estabelecida se consideramos a exposição como um possível fator causal na ocorrência do desfecho estudado.

## Seleção da população

A característica básica do delineamento dos estudos de Coorte é a comparação da ocorrência de desfechos em grupos expostos e não expostos (ou grupos com e sem certas características). Existem duas maneiras para se obter tais grupos:

a) Separar uma população, selecionando-se grupos para a inclusão no estudo com base no quanto foram expostos ou não, como por exemplo, Coortes de exposição ocupacional.

b) Selecionar uma população definida antes que qualquer um de seus membros seja exposto, ou antes, que suas exposições sejam identificadas. Poderíamos selecionar a população baseados em algum fator não relacionado com a exposição, tal como o local de residência, e coletar históricos de exames de sangue ou outros testes, em toda população. Usando os resultados, pode-se separar a população em *expostos* e *não expostos* (ou naqueles que têm ou não certa característica).

Delineamentos de Coorte, nos quais se espera o desenvolvimento de certo desfecho em uma população, muito frequentemente exigem longos períodos de acompanhamento, até que ocorram desfechos em número suficiente. Assim, diz-se que a principal desvantagem desses estudos, nos quais se observa, ao longo de um determinado período de tempo, o desenvolvimento de um desfecho é a possibilidade de ocorrerem perdas durante este acompanhamento, esta desvantagem se torna mais real, especialmente quanto maior for este tempo de seguimento. Observe que em ambas as abordagens, o delineamento do estudo

de Coorte é fundamentalmente o mesmo: comparamos indivíduos expostos com não expostos. Tenha sempre em mente que esta comparação é marca registrada dos estudos de Coorte.

### **Pontos positivos dos delineamentos de Coorte**

- a) Estratégia poderosa para definir incidências;
- b) Avaliam a presença de exposições antes do desenvolvimento dos desfechos. Portanto, partem do pressuposto de que as exposições precederam os desfechos (sequência temporal);
- c) A observação da sequência temporal fortalece as inferências de causalidade;
- d) Possibilitam a análise do efeito de modificações no padrão das exposições;
- e) Permitem o teste de hipóteses etiológicas;
- f) Permitem analisar diversos desfechos.
- g) Alto poder analítico.

### **Pontos negativos dos delineamentos de Coorte**

- a) Podem ser demorados e caros (dependendo do período de acompanhamento);
- b) Ineficientes e caros para estudos de desfechos raros;
- c) Possibilidade de perdas durante o período de acompanhamento, o que pode distorcer os resultados do estudo.

## Recomendações estratégicas para minimizar possíveis perdas durante o período de acompanhamento

- a) Durante o arrolamento de sujeitos para a coorte.
  1. Excluir sujeitos com maiores possibilidades de perda.
    - ✓ Aqueles que planejam se mudar.
    - ✓ Aqueles que não manifestam disposição de retornar.
  2. Obter informações que facilitem futuros contatos.
    - ✓ Endereço, mail, número de telefone, WhatsApp, Facebook, etc.
    - ✓ Documentos de identificação (Identidade, CPF, Cartão SUS).
    - ✓ Nome, endereço, número de telefone, WhatsApp, Facebook, etc, de um ou mais amigos próximos ou parentes que não moram com o sujeito.
    - ✓ Nome da operadora do plano de saúde do sujeito.
    - ✓ Nome, endereço, mail e número de telefone do médico do sujeito/família.
- b) Durante o período de acompanhamento.
  1. Mantenha contato periódico com os sujeitos.
    - ✓ Isso demonstra interesse pela situação dos sujeitos.

## Estudos de Coorte Retrospectivos

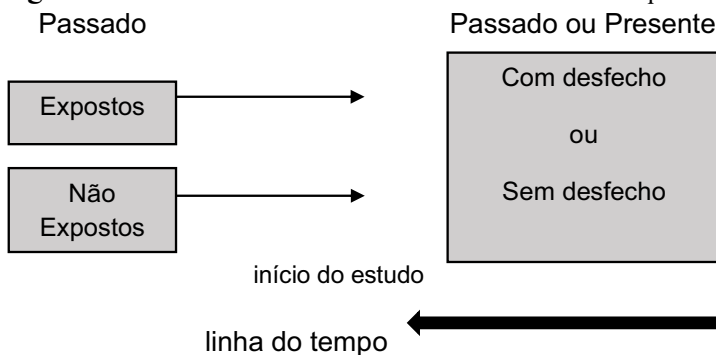
Os delineamentos de Coorte são prospectivos, também chamados de estudos concorrentes ou longitudinais. A denominação de concorrente se aplica, pois, o investigador identifica a população original no começo do estudo e acompanha os indivíduos através do tempo até o ponto em que a doença se desenvolve ou não. O principal problema dessa abordagem é que alguns estudos poderiam demorar muitos anos para se completar e a partir daí vários problemas podem ocorrer, tais como problemas com o financiamento da pesquisa. Além do mais, em estudos com duração muito longa, existe o risco de que os sujeitos em estudo vivam mais do que o investigador, ou o investigador pode não sobreviver até o fim do estudo. Dadas essas questões, o estudo de Coorte prospectivo, com frequência, se mostra pouco atrativo para investigadores que estão realizando novas pesquisas.

Existe uma maneira de reduzir os custos e diminuir o período necessário para conduzir estudos de Coorte prospectivos, uma abordagem alternativa, o chamado delineamento de Coorte retrospectivo ou Coorte histórica ou ainda estudo prospectivo não concorrente. Contudo, o delineamento de estudos retrospectivos não difere daqueles de Coorte prospectivos, pois ainda estaremos comparando grupos expostos e não expostos, o que se faz em um delineamento de Coorte retrospectivo é utilizar dados históricos, do passado, para obter-se os resultados mais rapidamente. Assim, o delineamento do estudo de Coorte retrospectivo é essencialmente o mesmo do que o prospectivo, um grupo de sujeitos é acompanhado no tempo com a verificação inicial da

presença de variáveis de exposição potencialmente preditoras e a avaliação do desenvolvimento subsequente de desfechos. Logo, para delinear um estudo de Coorte retrospectivo você deve:

- a) Identificar uma população (Coorte) no passado.
- b) Coletar dados sobre variáveis de exposição potencialmente preditoras (medidas no passado).
- c) Identificar a ocorrência de desfechos (medidos no passado ou no presente). Veja a Figura 3.

**Figura 3.** Delineamento de um estudo de Coorte retrospectivo.



Note que a única diferença entre eles é o tempo no calendário, no delineamento de Coorte prospectivo, a condição de exposição ou não são verificadas na medida em que ocorrem; os grupos são então acompanhados no futuro e a incidência do desfecho é calculada. No delineamento de Coorte retrospectivo, a exposição é avaliada através de dados secundários obtidos no passado e o desfecho é verificado no início do estudo. É também

possível conduzir um estudo combinando os delineamentos, prospectivo e retrospectivo. Com esta abordagem, a exposição é avaliada de registros obtidos do passado (como no estudo de Coorte histórico), e o acompanhamento e medição dos desfechos continuam no futuro.

## **Potenciais vieses em delineamentos de estudos de Coorte**

Todo investigador ao conduzir algum dos delineamentos epidemiológicos está sujeito a erros que podem interferir ou mesmo alterar o resultado desses estudos, estes erros são chamados de vieses. Os vieses são erros sistemáticos que afetam a validade das investigações científicas, em geral, é uma tarefa difícil eliminar por completo a possibilidade de vieses. Entretanto, é importante tentar minimizá-los ao máximo e seus efeitos devem ser completamente compreendidos. Assim, os vieses devem ser evitados, ou levados em consideração na condução de estudos de Coorte. Apresentamos a seguir alguns de seus tipos e potenciais soluções para minimizá-los.

### Viés na avaliação dos desfechos

Se o pesquisador que avalia o desenvolvimento do desfecho, sabe se o paciente foi exposto ou não, e se essa pessoa está ciente da hipótese testada, seu julgamento pode ser enviesado por esse conhecimento.

## **Solução**

Este viés pode ser solucionado pela utilização de um avaliador “cego”, ou seja, algum membro da equipe de pesquisa que não saiba da exposição ou não do participante que está sendo examinado.

## **Viés de informação**

Se a qualidade e extensão da informação obtida for diferente para os sujeitos expostos e não expostos, um viés significativo pode ser introduzido (Isso ocorre, particularmente, em delineamentos de estudos de Coorte históricos ou retrospectivos, em que a informação é obtida através de registros obtidos no passado).

## **Solução**

Treinamento apurado dos entrevistadores. É essencial que a qualidade da informação obtida seja comparável tanto entre os sujeitos expostos quanto entre os não expostos.

## **Viés de seleção**

A não participação e a não resposta possibilitam a introdução de importantes vieses que podem complicar a interpretação dos achados dos estudos.



## Solução

Buscar, de todas as formas, convencer a população estudada a participar do estudo e responder às questões de pesquisa.

Da mesma forma, perdas ao longo do período de acompanhamento do estudo podem tornar-se um sério problema. Por exemplo, se sujeitos com determinada doença são seletivamente perdidos durante o acompanhamento, e estes sujeitos perdidos diferem daqueles não perdidos, as taxas de incidência calculadas nos grupos de expostos e não expostos serão difíceis de interpretar.

Como em qualquer pesquisa, se os epidemiologistas e estatísticos que estão analisando os dados concordam e conhecem as hipóteses previamente concebidas, eles podem, mesmo não intencionalmente, introduzir vieses em suas análises de dados e interpretações dos achados do estudo.

## Considerações finais

Para delinear um estudo de Coorte, devemos ter alguma ideia de quais exposições suspeitamos serem as possíveis causas do desfecho e, portanto, devem ser investigadas. Desta forma, um estudo de Coorte é indicado quando uma evidência anterior, obtida tanto de observações clínicas ou de outros tipos de estudo, sugere associação entre o desfecho e exposição ou exposições. Como estes delineamentos, com frequência, envolvem acompanhamentos de grupos populacionais por longos períodos, a abordagem de estudos de Coorte são particularmen-

te atrativas quando podemos minimizar perdas no acompanhamento da população estudada. Conseqüentemente, tais estudos são geralmente mais fáceis de serem conduzidos quando o intervalo entre a exposição e o desenvolvimento do desfecho estudado for curto.

Várias considerações podem tornar inviável o delineamento de um estudo de Coorte. Com frequência, não existem fortes evidências que justifiquem um estudo longo e caro para uma investigação aprofundada do papel de um fator de risco específico na etiologia de um determinado desfecho. Mesmo quando essa evidência está disponível, uma Coorte de pessoas expostas e não expostas muitas vezes não pode ser identificado. Geralmente, não possuímos registros apropriados do passado ou outras fontes de dados que possibilitaria conduzir um estudo de Coorte retrospectivo; assim, um longo estudo seria necessário para um extenso acompanhamento da população após a exposição. Além disso, várias das doenças de interesse hoje, ocorrem em taxas muito baixas. Conseqüentemente, populações muito grandes deveriam ser arroladas no estudo para assegurar que casos suficientes se desenvolvam até o fim do período do estudo para permitir análises e conclusões válidas.

Diante dessas considerações, outras abordagens que não um estudo de Coorte são, muitas vezes, necessárias, para que sejam superadas várias dessas dificuldades.

## **Estudos Transversais**

Um dos delineamentos mais comumente empregado na investigação epidemiológica são os estudos transversais. A estrutura dos delineamentos de estudos Transversais é semelhante à de estudos de Coorte, porém, com uma diferença extremamente importante. Nos estudos Transversais as avaliações da presença ou ausência de exposição e da ocorrência ou não dos desfechos são realizadas em um único momento. Assim a estratégia deste delineamento se caracteriza pela observação direta dos indivíduos em uma única oportunidade. Em outras palavras, esse tipo de delineamento é chamado de Transversal, pois tanto a exposição quanto o desfecho são determinados simultaneamente para cada indivíduo, é como se estivéssemos vendo uma foto da população em determinado ponto no tempo.

Uma outra maneira de descrever um estudo Transversal é imaginar que “cortamos” uma fatia da população em certo momento, avaliando-se a variável de exposição e o desfecho ao mesmo tempo. Perceba que nesse tipo de abordagem, identificam-se os casos prevalentes do desfecho estudado, pois sabemos que existem no momento da avaliação, mas não sua duração. Por essa razão, esses delineamentos são também chamados, por alguns autores, de estudos de Prevalência ou Seccionais.

Em delineamentos de estudos Transversais avalia-se um grupo de indivíduos em um único momento e, portanto, fornecem dados de prevalência. São particularmente úteis para condições de duração relativamente longas, como por exemplo, hipertensão

arterial e desnutrição. Note que, para desfechos ou eventos que apresentem variações sazonais, deve-se escolher cuidadosamente o melhor período do ano para realizar o estudo. Dependendo dos objetivos do estudo, pode-se estimar a prevalência de desfechos ou eventos, exposições, cobertura de serviços.

Apresentam dois objetivos principais:

a) DESCREVER a prevalência de certos desfechos no momento e;

b) ANALISAR as associações entre variáveis de exposições (preditores) e esses desfechos.

A medida de frequência dos delineamentos de estudos Transversais é a prevalência, que é extremamente útil para o planejamento de ações de saúde nas quais se pretende saber quantas pessoas apresentam determinadas condições de saúde, para que se possam alocar recursos adequados para o cuidado dessas pessoas. A prevalência é a proporção de pessoas com o evento ou desfecho dividido pelo total da população naquele momento. Sua fórmula é: **Prevalência** = número de eventos ou desfechos / população estudada x 100.

### **Principais objetivos dos estudos Transversais**

- a. Medir a frequência (prevalência) de doenças e fatores de risco.
- b. Descrever a distribuição de doenças ou eventos.
- c. Identificar novos fatores de risco.

- d. Subsidiar o planejamento de campanhas e avaliação de programas.

### **Pontos positivos dos delineamentos de estudos Transversais**

- ✓ Possibilitam o estudo de populações inteiras ou de amostras representativas.
- ✓ Alto poder de generalizações.
- ✓ Não é necessário esperar pela ocorrência dos desfechos estudados.
- ✓ São relativamente rápidos de organizar e conduzir.
- ✓ São, geralmente, estudos de baixo custo.
- ✓ Análise de dados bastante simples.
- ✓ Alto potencial descritivo.
- ✓ Descrevem a distribuição de desfechos ou eventos.
- ✓ Podem revelar associações transversais interessantes.
- ✓ Permitem a análise de múltiplas exposições e/ou desfechos.
- ✓ Podem definir características demográficas e clínicas da população estudada.
- ✓ Altamente informativos para o planejamento e avaliação de ações de saúde coletiva.

## **Pontos negativos dos delineamentos de estudos Transversais**

- ✓ Dificuldade de estabelecer relações de causalidade. Não permitem o estabelecimento da relação temporal entre as variáveis de exposição e os desfechos analisados.
- ✓ Pouco práticos para o estudo de desfechos ou exposições raras.
- ✓ Limitada capacidade de estabelecer prognósticos.
- ✓ Pouca utilidade para acompanhar a história natural de uma doença.

## **Estrutura básica do delineamento de um estudo de Transversal Descritivo**

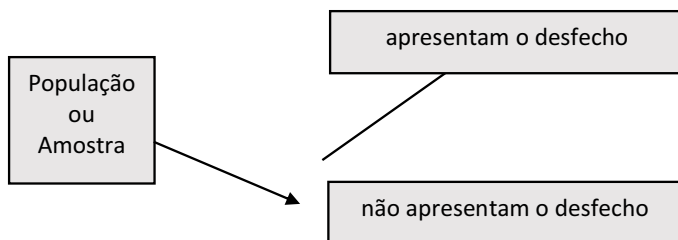
Em um delineamento Transversal descritivo os indivíduos selecionados para o estudo, a partir da população alvo ou de uma amostra, e a ocorrência (prevalência) de determinado desfecho ou evento (característica, doença ou morte) é avaliada. (Figura 4).

## **Etapas do delineamento de um estudo de Transversal descritivo**

- ✓ Determinação da população alvo, seleção ou não de uma amostra.
- ✓ Detalhamento dos critérios de diagnóstico dos desfechos ou eventos.

- ✓ Avaliação da presença ou ausência do desfecho ou evento.

**Figura 4.** Estrutura básica do delineamento de um estudo de Transversal descritivo.



### **Estrutura básica do delineamento de um estudo Transversal Analítico**

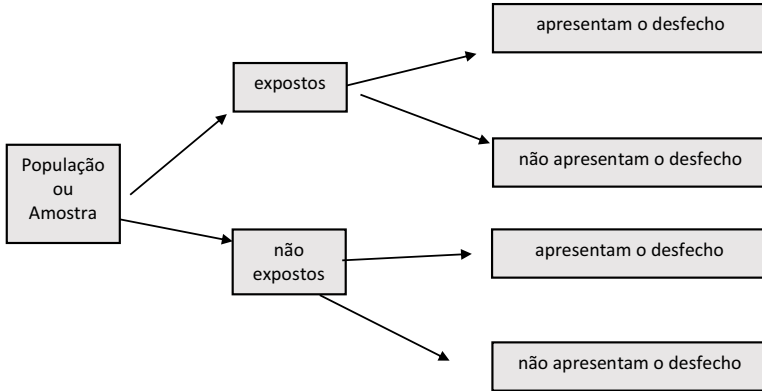
Em um delineamento Transversal analítico os indivíduos selecionados para o estudo, a partir da população alvo ou de uma amostra, são classificados como expostos e não expostos e a ocorrência (prevalência) de determinado desfecho ou evento (característica, doença ou morte) é avaliada em ambos os grupos. (Figura 5).

### **Etapas do delineamento de um estudo de Transversal analítico**

- ✓ Determinação da população alvo, seleção ou não de uma amostra
- ✓ Detalhamento dos critérios de diagnóstico dos desfechos ou eventos
- ✓ Definição dos sujeitos expostos ou não expostos

- ✓ Avaliação da presença ou ausência dos desfechos ou eventos

**Figura 5.** Estrutura básica do delineamento de um estudo de Transversal analítico.



## **Análise de dados de delineamentos de estudos Transversais Analíticos**

Uma Tabela do tipo 2 X 2 pode ser utilizada para a análise de dados de delineamentos de estudos Transversais analíticos. Observe na Tabela 1, abaixo, que definimos a população, determinamos a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do desfecho para cada indivíduo. Assim, cada pessoa pode então ser categorizada em um dos quatro subgrupos possíveis. Coloca-se nas colunas os indivíduos com e sem o desfecho e nas linhas aqueles expostos e os não expostos. Como é possível observar na Tabela 1, na casela “a”, estão alocadas as pessoas que estão expostas e apresentam o desfecho; na “b” as pessoas, que estão expostas, mas não apresentam o desfecho; já na casela “c” estão as pessoas que apresentam o desfecho, mas não estão



expostas; e na “d” estão as pessoas que não estão expostas nem apresentam o desfecho.

Assim, utilizando-se a tabela 2 X 2, podemos calcular a prevalência da exposição ( $a+b/n$ ) e a prevalência total do desfecho ( $a+c/n$ ), já para avaliarmos se existe associação entre a exposição e o desfecho, calculamos a prevalência do desfecho entre os indivíduos expostos ( $a/a+b$ ) e a comparamos com a prevalência do desfecho entre os não expostos ( $c/c+d$ ).

Note que a interpretação dos resultados de delineamentos de estudos Transversais analíticos guarda semelhanças importantes com a descrita acima para os delineamentos de estudos de Coorte também analíticos, com a diferença que agora, nos estudos Transversais, estamos lidando com prevalências e não com as incidências dos estudos de Coorte.

Apresentaremos, abaixo, um exemplo com dados fictícios sobre a associação entre a presença do Zica Vírus durante a gestação (exposição) e o nascimento de bebês com microcefalia (desfecho). (Ver Quadro 4).

Selecionou-se um grupo de 67 mães que tiveram o Zica Vírus durante a gestação (expostas) e observou-se que 05 delas tiveram seus bebês nascidos com microcefalia, enquanto que no grupo de 82 mães que não apresentaram o vírus na gestação (não expostas), o número de bebês nascidos com microcefalia foi de 02. Assim, aplicando-se as respectivas fórmulas, temos a prevalência de Zica Vírus durante a gestação (prevalência da exposição) de 45,0% ( $67/149$ ), já a prevalência total de microcefalia foi de 4,7% ( $07/149$ ). Enquanto que a prevalência do nas-

cimento de bebês com microcefalia entre as mães que tiveram o Zica Vírus durante a gestação (prevalência do desfecho entre as expostas) foi de 7,5% (05/67) e a prevalência do nascimento de bebês com microcefalia entre as mães que não tiveram o Zica Vírus durante a gestação (prevalência do desfecho entre as não expostas) foi de 2,4% (02/82).

De posse destes resultados, podemos calcular a medida de risco, que nos estudos Transversais é uma razão entre a prevalência nos expostos e a prevalência entre os não expostos, esta medida (razão entre prevalências) se convencionou chamar de Odds Ratio (OR) e é uma medida que estima o risco relativo que calculamos nos estudos de Coorte. Logo, o Odds Ratio será obtido dividindo-se a prevalência entre os expostos (7,5%) pela prevalência entre os não expostos (2,4%).  $OR = (7,5\% / 2,4\%) = 3,1$ .

Como já mencionado, o OR obtido nos delineamentos de estudos Transversais estima o Risco Relativo (RR), obtido nos delineamentos de estudos de Coorte, portanto, sua interpretação será a mesma do RR.

**Quadro 4.** Delineamento de um estudo Transversal (dados fictícios), sobre a associação entre a presença do Zica Vírus durante a gestação (exposição) e o nascimento de bebês com microcefalia (desfecho).

	Bebês que presentam Microcefalia	Bebês que não presen- tam Microcefalia	Totais	Prevalência
Com Zica Vírus na gestação	05	62	67	$\frac{05}{67}$
Sem Zica Vírus na gestação	02	80	82	$\frac{02}{82}$
Totais	07	142	149	

Então, para analisar se existe associação ou não entre a variável de exposição e o desfecho, não esqueça que ...

## Relembrando

Para avaliar em que sentido se dá a associação observada, lembre-se que no caso de o OR ser **maior** do que 1, isto mostrará que a prevalência do desfecho foi maior no grupo de indivíduos expostos. Desta forma, os indivíduos deste grupo por estarem expostos apresentam maior número de desfechos, ou seja, a exposição é um fator de **risco** para o desfecho.

Entretanto, se o OR for **menor** do que 1, ou seja, a prevalência do desfecho foi menor no grupo de indivíduos expostos,

pode-se concluir que o fato de os indivíduos deste grupo estarem expostos os faz apresentar um número menor de desfechos, ou seja, que a exposição é um fator de **proteção** para a ocorrência do desfecho.

Qual a magnitude da associação observada?

Conforme mencionamos, a interpretação do Odds Ratio deve ser feita da mesma forma como o demonstrado para o risco relativo. (Ver estudos de Coorte).

Para exercitar a interpretação do Odds Ratio, veja o Quadro 5, abaixo, com outros exemplos da expressão do OR em percentuais.

**Quadro 5.** Exemplos da expressão do Odds Ratio (OR) em percentuais.

<b>Resultado do estudo</b>	<b>Operação matemática</b>	<b>Interpretação dos dados</b>
OR= 1,64	$1,64 - 1 = 0,64$	Fator de risco de 64%
OR= 1,42	$1,42 - 1 = 0,42$	Fator de risco de 42%
OR= 3,18*	$3,18 - 1 = 2,18^*$	Fator de risco de 218%*
RR= 0,40	$1 - 0,40 = 0,60$	Fator de proteção de 60%
OR= 0,88	$1 - 0,88 = 0,12$	Fator de proteção de 12%
OR= 0,60	$1 - 0,60 = 0,40$	Fator de proteção de 40%

\* Note que o OR é uma razão, logo, pode variar de zero ao infinito.

NOTA:

Lembre-se que, embora um estudo transversal possa ser muito sugestivo para a possibilidade de um ou mais fatores serem de risco para uma doença, quando uma associação é encontrada nesse tipo de estudo, dadas as limitações para o estabelecimento das relações temporais entre exposição e desfecho, dependemos dos estudos de Coorte e de Casos e Controles para estabelecer as relações etiológicas.

**Tabela 1** - Tabela 2 X 2 utilizada nos delineamentos de estudos Transversais Analíticos.

	Com desfecho	Sem desfecho	Total
Expostos	A	B	A + B
Não Expostos	C	D	C + D
Total	A + C	B + D	N

## LEITURAS RECOMENDADAS

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revin-ter Publicações, 2017.

HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LAST, J.M. editor. **Dictionary of epidemiology**. New York: Oxford University Press; 1988.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

PETRY, P. C. **Epidemiologia: Ocorrência de Doenças e Medidas de Mortalidade**. Thieme Revinter, 2020.



**Voltar ao  
Sumário**

## Capítulo 5

# POLÍTICAS E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE: SIGNIFICADOS E DESAFIOS DA FORMAÇÃO ARTICULADA AO TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Alzira Maria Baptista Lewgoy  
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi*

### **Introdução**

“O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (FREIRE, 1978, p. 93). Partindo das palavras de Paulo Freire, este texto pretende dialogar com o leitor e expressar as ‘essências’ de um processo de construção do conhecimento oportunizado pela atividade de ensino do ‘Curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva: gestão do trabalho e da educação na saúde’, entre 2018 e 2019, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Narra a experiência concreta e humana (MERLEAU-PONTY, 2006) de docentes que acompanharam a atividade de ensino ‘Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde’, junto aos educandos, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Descreve uma experiência de docentes envolvidas no mundo em que atuam e vivem, com sentimentos e esperanças neste mundo que buscam conhecer. Traz um

retorno às “fontes de significado” (MATTHEWS, 2011, p. 33), considerando os desafios da conjuntura atual do país e utilizando as estratégias políticas e pedagógicas da disciplina como dispositivos para uma produção acadêmica a serviço da população.

A atividade de ensino ‘Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde’ – objeto intencional desta escrita – propunha, como objetivo de aprendizagem, possibilitar aos educandos a promoção da reflexão crítica acerca do tema da gestão da educação na saúde, destacando os segmentos de formação e as propostas, programas e políticas de formação para o SUS. Os temas mobilizados abordaram as políticas de educação na saúde, de modo especial, as Políticas de Educação Permanente em Saúde, de Educação em/na Saúde e Popular em Saúde, a Educação e o Trabalho Interprofissional (EIP/TIP) em Saúde (UFRGS, 2018).

O trabalho docente não teve foco na apresentação de conteúdo, mas sim, em um processo que envolveu conteúdos articulados a uma construção coletiva de saberes guiada pela experiência de trabalho de docentes e educandos. Nesta metodologia dialética, os docentes buscavam despertar, exercitar, desafiar operações mentais potencializadas pelas vivências pessoais. As estratégias de aprendizagem foram mediadas pela Plataforma de Aprendizagem Virtual MOODLE e incluíram aulas expositivas dialogadas, estudo de textos e seminário (ANASTASIOU, 2005). A avaliação das aprendizagens foi, nesta mesma lógica pedagógica, conduzida por produções textuais, participação crítico-construtiva e apresentação do produto final com aplicabilidade nos serviços de atuação dos estudantes.



Assim, narrar e analisar a experiência docente vivenciada num contexto adverso ao que hoje estamos vivendo; a crise sanitária, política, social e econômica e o movimento das forças políticas diante dos acontecimentos da maior calamidade sanitária mundial, a pandemia da COVID-19, é imperativo reflexão sobre e reafirmação dos temas âncoras da disciplina, considerando a tendência contemporânea de desconfiguração. Esses temas estão vinculados a Política de Saúde Brasileira que passou por mudanças profundas nos últimos 30 anos, desde a instituição do SUS nos anos 1990, até os dias atuais.

O papel do Estado brasileiro nesse período e, principalmente, o SUS e seus princípios norteadores da universalidade, equidade e integralidade são de suma importância na contextualização da experiência em pauta. Ao trabalharmos o ensino na saúde na perspectiva da aprendizagem a partir da prática profissional, destacamos a especificidade e relevância no cotidiano dos educandos deste curso, apontando avanços e limites da construção e da gestão de coletivos de trabalho.

O trabalho como atividade humana compreende, dialeticamente, a aplicação de um protocolo prescrito e uma perspectiva singular e histórica. O trabalho na saúde envolve uma relação entre sujeitos que agem nas dramáticas do uso de si e que fazem a gestão do seu próprio trabalho; é influenciado pela história das profissões de saúde e pelas determinações macropolíticas (CORREIO; CORREIO; CORREIO, 2011). Trata-se de uma complexidade que precisa ser considerada no âmbito educacional, bem como nos processos de gestão de equipes/

coletivos profissionais de modo a articular ações que possibilitem implementar um novo projeto de atenção à saúde na perspectiva da integralidade.

O presente capítulo estrutura-se por este texto introdutório, a seguir, apresenta os conceitos que ancoraram os conteúdos estudados e cujo conhecimento é imprescindível tanto para o trabalho/formação dos trabalhadores da saúde quanto para a defesa das políticas de saúde. Contempla, ainda, a dimensão pedagógica e política, dispositivo que alimenta o pensar e o agir com resistência. As narrativas sobre os produtos finais dessa atividade de ensino são descritas por meio do cotejamento dos trabalhos finais realizados pelos estudantes em seus municípios, no âmbito da gestão, individualmente e coletivamente, ancorados nos temas trabalhados durante o semestre. E, por fim, considerações finais são tecidas, destacando limites e possibilidades da experiência acadêmica-profissional.

### **Sobre a Educação: em saúde e na saúde**

Os conceitos-chave relativos à educação em saúde e educação na saúde e suas interfaces no campo da saúde coletiva, embora apresentem diferenças, são frequentemente utilizados na prática dos serviços, muitas vezes de forma indistinta. Distinguir dentro desses conceitos-chave as variantes da educação em saúde tais como: educação sanitária, educação e saúde, educação para a saúde e educação popular em saúde; e distinguir dentro desses conceitos-chave as variantes da educação na saúde, tais como educação permanente em saúde e educação continuada

ministrada para profissionais de saúde a fim de aprimorar o conhecimento destes e a atenção dispensada à população (FALKENBERG *et al.*, 2014), é o propósito deste item focando nos conceitos objeto de estudo: **educação em saúde** e **educação na saúde**.

No alinhamento de tais concepções usaremos os termos utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) em sua Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que define a **educação em saúde** como:

[...] Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012a, p. 19).

Ainda como complementação a essa definição, o Glossário temático da BVS expressa uma nota que a educação em saúde “[...] potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população”, e ainda que “[...] a educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde” (BRASIL, 2012a, p. 19).

Concepção que difere historicamente do termo educação em saúde, utilizado desde as primeiras décadas do século XX. Sua compreensão perpassava o entendimento da história da saúde pública no Brasil. Na década de 1940 com a expansão da medicina preventiva, para algumas regiões do país com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), as estratégias apresentadas de educação em saúde eram desenvolvidas de forma autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. As ações do Estado se davam por meio das chamadas campanhas sanitárias. Também eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014).

As práticas de educação em saúde contemporâneas envolvem três segmentos de atores que são indispensáveis: a) os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; b) os gestores que apoiem esses profissionais; c) a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG *et al.*, 2014). Essa definição é apresentada pelo Ministério da Saúde que expõe elementos cujo pressuposto é a interação entre os três segmentos das estratégias usadas para o desenvolvimento desse processo.

Os desafios estão postos, conforme Falkenberg *et al.* (2014), considerando que o pressuposto da interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento

desse processo, ainda existe pela grande distância entre retórica e prática; a educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação; as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

Contudo, não é uma experiência impossível, mas desafiadora, cujo diálogo é para além do ‘eu e tu’ (FREIRE, 1978). A temática do trabalho em saúde, segundo Correio, Correio e Correio (2011) necessita ser pensada na articulação entre esses âmbitos, ressaltando as suas diversas dimensões: flexibilização do mercado e estruturas do mundo do trabalho, questões organizacionais, relações interindividuais e intersubjetivas nas ações do trabalho, regulação da força de trabalho e regulação do Estado nas políticas sociais, gestão dos recursos humanos, democratização das estruturas institucionais, ética e técnica no desenvolvimento das ações, e análise dos trabalhadores enquanto sujeitos e cidadãos no trabalho, seus interesses coletivos, sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições das políticas de saúde.

Na promoção da educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os trabalhadores de saúde, e se fala, então, em **educação na saúde** que de acordo com o glossário eletrônico da BVS consiste na “produção e sistematiza-

ção de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular“ (BRASIL, 2012a, p. 20).

Os cenários de intervenção dos trabalhadores da saúde são os mais diversos e com o veloz e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Reafirmamos, com Paim e Almeida (1998), que expressam a necessidade que haja algo para além da graduação, que possa tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema.

Na **Educação na saúde**, há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida, processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. A educação permanente estimula o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação. Ela tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A educação dos trabalhadores, nessa perspectiva, é fator essencial para o desenvolvimento de práticas democráticas, em sintonia com a sociedade que vive em constantes transforma-

ções. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, produto de lutas e esforços requeridos pelos defensores da educação dos profissionais de saúde, na promoção e transformação das práticas do trabalho em saúde, é um marco para a formação e trabalho em saúde no País.

### **Sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**

O termo educação permanente surge pela primeira vez, na França em 1955 sendo oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Passa a ser difundida pela UNESCO, no final da década de 1960, fundamentada na teoria do capital humano, que compreende a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país (LEMOS, 2016). O conceito da educação permanente foi introduzido na América Latina ante a inadequação da formação profissional, que era focada exclusivamente no desenvolvimento das habilidades técnicas voltadas para o desempenho produtivo, sem a inclusão de conhecimentos, valores e de um compromisso com os aspectos políticos, éticos e sociais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Na década de 1980 é disseminada como Educação Permanente em Saúde (EPS) pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde

(OPAS), que cria uma diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última mais reducionista (LEMOS, 2016). Para Lemos (2016), o cenário desta década de 1980 apresentava a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo e as teses pós-modernas de ‘fim’ da história, além do desmoronamento da união do ‘fordismo/taylorismo e do keynesianismo’. Tais mudanças vão repercutir na educação dos trabalhadores e é neste contexto que a ideia da EPS é concebida pela OPAS (OPAS, 1998).

A Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho, definida como:

[...] ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012a, p. 20).

Já a Educação Continuada consiste no

[...] processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas



pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2012a, p. 20).

Considera-se a EPS como um conteúdo importante a ser ministrado e, portanto, a necessidade do estudo sobre a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) fundamental em qualquer processo educativo que objetive a transformação das atividades instituídas mecanicamente em reflexivas sobre os processos de trabalho no qual os profissionais de saúde e gestores estão inseridos.

A PNEP se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, caracterizando-se, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2004).

São processos que permitem aos trabalhadores aprender nesse cenário complexo contemporâneo, um contexto de aprendizagem coletiva, no confronto de ideias, conflitos e posturas no

exercício da democracia, processos que alimentam o crescimento pessoal e transformação no campo profissional. A educação permanente é um conteúdo estratégico na organização dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais, que do ponto de vista dialético crítico precisa estar sustentada nos conceitos e metodologia crítica e reflexiva. Isso implica [...] em reconhecer que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão (RICALDONI; SENA, 2006, p. 6). Alude também conceber uma educação crítica que se caracteriza pela dialogicidade em que a problematização provoca reflexão e permite a ressignificação e a construção de novos saberes (FREIRE, 1978). Vincula-se ainda a adoção da pedagogia crítico - reflexiva, com metodologias que possibilitam problematizar as situações cotidianas de trabalho, considerando que buscam romper com os métodos tradicionais de ensino/aprendizagem por meio da construção de uma visão que busca superar a fragmentação do conhecimento, o que pode representar um avanço na formação de profissionais da saúde para o SUS (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

A educação problematizadora pauta-se na busca dos homens pelo mundo, com o mundo e com os outros, não se reduzindo ao ato de depositar ou transferir conhecimentos, característica da educação bancária, pela qual os que se julgam sábios ensinam aos que nada sabem (FREIRE, 1978). Gestar propostas de educação permanente supõe um desafio permanente, considerando que são experiências de aprendizagem que precisam despertar interesse dos sujeitos envolvidos, que possibilitem eles no processo de compreensão e construção dos conhecimentos,

que promovam maneiras de raciocinar inteligentes, criativos e profundos, para favorecer o desenvolvimento de práticas mais transformadoras.

A metodologia ativa é uma abordagem que busca superar a memorização e a mera transferência de conhecimentos, propondo a construção do conhecimento a partir da vivência de situações reais. A capacidade reflexiva dos trabalhadores em serviço pode se constituir pela educação em/na saúde, visto serem áreas de conhecimento e práticas relacionadas ao campo da saúde, que necessita clareza das concepções para ancorar as atividades profissionais dos trabalhadores em saúde.

Nessa tessitura, a educação permanente é escopo para o trabalho de Educação Popular em Saúde tendo em vista que pressupõe o reconhecimento e o enfrentamento dos problemas de saúde no cenário do próprio espaço de trabalho, mediante o diálogo com as classes populares, no exercício contínuo de reflexão-ação aguçando consciências, tendo como eixo o respeito e o reconhecimento às culturas e aos saberes das classes populares e como fundamento o corpo teórico da Educação Popular.

## **Sobre a Educação Popular em Saúde**

A Educação Popular não se faz ‘para’ o povo, ao contrário, se faz ‘com’ o povo, tem como ponto de partida do processo pedagógico, como atesta Freire (1978). No campo da saúde a característica de práxis da Educação Popular, no sentido da ação-reflexão-ação, coloca-a como estratégia singular para os

processos que buscam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade e a democratização do SUS (BRASIL, 2012b).

A Educação Popular se constitui inicialmente no Brasil, como movimento libertário, de perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas tecidas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares. Começa a delinear-se e consolidar-se na década de 1950, o referencial político-pedagógico da Educação Popular com raízes ligadas à história de luta social, de resistência dos setores populares da América Latina, conjugando várias concepções.

Como teoria do conhecimento no campo da educação, a Educação Popular foi constituída a partir de sucessivas experiências entre intelectuais e as classes populares, o que desencadeou iniciativas de alfabetização de jovens e adultos camponeses, nas décadas de 1950 e 1960, quando grupos de educadores buscavam caminhos alternativos para o modelo dominante de alfabetização. Esses grupos ansiavam constituir tecnologias educativas capazes não apenas de ensinar as pessoas a lerem as palavras, mas sim cultivarem uma visão crítica do mundo, na construção de caminhos, com autonomia e alteridade, na perspectiva da emancipação social, humana e material. O referencial teórico inspirador baseava-se no humanismo cristão e no pensamento socialista (Marx, Gramsci, Lênin, dentre outros), compondo um quadro teórico orientador de diversas metodologias educativas, as quais eram constantemente elaboradas, avaliadas e reelaboradas em

uma construção orientada pela práxis. No final da década de 60 é publicada a obra ‘Pedagogia do Oprimido’, de Paulo Freire, embasada nessas experiências (BRASIL, 2012b).

Constituída no contexto de lutas populares a Educação Popular em Saúde afirma suas formulações teóricas a favor de melhores condições de saúde para a população, fundamentos esses que ancoraram o Movimento Sanitário Brasileiro a partir da década de 1970. É um movimento que emerge do encontro de atores – trabalhadores de saúde, estudantes e professores universitários, segmentos da igreja e movimentos sociais –, na confluência entre distintas correntes teóricas – cristianismo, humanismo, socialismo. O produto dessa afluência resultou na preparação de um movimento de ruptura das práticas hegemônicas de Educação em Saúde de caráter preventivista, vinculadas a Biomedicina, e materializadas em prescrições de comportamento feitas de forma unilateral pelos profissionais de saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014).

Nas décadas de 1980 e 1990, a Educação Popular, como movimento, acumulou atores e instituições no âmbito da sociedade. A partir dos anos 2000 foi efetivamente inserida no aparelho estatal, assumindo a condição de objeto de gestão no escopo da Política Nacional de Saúde (AMARAL; PONTES; SILVA, 2014). A institucionalização da Educação Popular em Saúde, na gestão federal do SUS, começa a ser gestada ainda no primeiro ano do Governo Lula, em 2003, vinculada à Secretaria da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. Em 2005, foi incorporada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP),

fortalecendo a promoção da democracia e da participação social na construção do SUS e desde 2009, foi instituído um espaço de diálogo, articulação e formulação compartilhada entre o Ministério da Saúde e coletivos e movimentos populares (BRASIL, 2014).

Em 2013, acontece a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, o que, além de representar uma conquista, espelha o desafio de ampliação do seu exercício junto aos gestores e trabalhadores da saúde e a sociedade como um todo, considerando que

[...] reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013, p. 1).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS está orientada pelos princípios do: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular, tendo como eixos estratégicos: partici-

pação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersectorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

Assim, quando se entende que a busca da transformação social perpassa as relações humanas, as formas de apropriação do conhecimento e de outros bens, torna-se mais compreensível que a Educação Popular em Saúde pode acontecer tanto no espaço da gestão, dos serviços de saúde, de formação em saúde e dos movimentos populares onde foi concebida e vem sendo realizada (BRASIL, 2014).

Complementa esta arquitetura curricular da experiência educativa analisada, a perspectiva de educação e o trabalho interprofissional na sustentação do trabalho colaborativo e democrático.

## **Sobre a Educação/Trabalho Interprofissional em Saúde**

A inclusão da interprofissionalidade como temática de estudo na formação de profissionais do SUS, justifica-se por argumentos respaldados em necessidades do sistema de saúde e da educação. Vive-se um contexto de complexidade crescente dos problemas de saúde das populações que exigem o trabalho em equipe para a garantia de práticas seguras e resolutivas de atenção à saúde (OMS, 2010). A formação dos profissionais da saúde, entretanto, é hegemonicamente caracterizada por currículos voltados a abordagens uniprofissionais (NUIN; FRANCISCO, 2019). Propostas educacionais que tenham como pressuposto a

qualificação das práticas de saúde pelo trabalho em equipe tem, assim, o desafio de romper com estruturas curriculares uniprofissionais rígidas, que estimulam posturas profissionais individualistas e a tendência à prática isolada das profissões da saúde (FRENK *et al.*, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2013).

A abordagem teórico-conceitual da interprofissionalidade na atividade de ensino ‘Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde’ dialogou com os autores que tem contribuído para o avanço do conhecimento sobre a educação e trabalho interprofissional nas práticas de cuidado efetivo em saúde. No cenário internacional, destacam-se os autores: Scott Reeves (REEVES *et al.*, 2012; 2016), Barbara Brandt (BRANDT *et al.*, 2014), Hugh Barr (BARR, 2002; BARR *et al.*, 2016) e Ruth McNair (MCNAIR, 2005) além de documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016). No Brasil, foram trabalhados conceitos e evidências de estudos liderados por Marina Peduzzi (PEDUZZI *et al.*, 2013; PEDUZZI, 2016), Marcelo Viana da Costa (COSTA *et al.*, 2014, COSTA, 2016), Nildo Batista (BATISTA, 2012), Jaqueline Silva (SILVA *et al.*, 2015) e Rosana Rossit (ROSSIT *et al.*, 2018).

A aprendizagem de/sobre/com duas ou mais profissões da saúde tem potencial para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010; REEVES *et al.*, 2016). Entendendo como se dá o trabalho interprofissional, os educandos desenvolvem competências para atuar de forma integrada e colaborativa em equipe, como membro desta equipe,



reconhecendo que a interdependência das áreas e não a competição ou a fragmentação dos conhecimentos de cada núcleo profissional (BATISTA, 2012).

O principal desafio discutido e problematizado com o grupo de trabalhadores do SUS, educandos do curso de Especialização, foi como efetivar propostas de educação/trabalho interprofissional, com bases teóricas e experienciais, em modelos de formação que seguem lógicas predominantemente uniprofissionais desde a graduação.

No espaço da sala de aula, o grupo compartilhou experiências de educação e do trabalho cotidiano em equipe, buscando, a partir das bases teóricas apresentadas, avançar na construção de iniciativas com intencionalidades pedagógicas interprofissionais que pudessem qualificar suas práticas de trabalho em saúde. O debate acadêmico qualificado, aliando teoria e práticas, mostrou que trabalhar de forma interprofissional exige uma pactuação entre as equipes no sentido de valorizar os conhecimentos e as contribuições que as diferentes profissões da saúde trazem ao cuidado do paciente (ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009) e destas equipes com a gestão dos serviços, a qual deve estar comprometida com a garantia espaços de educação permanente em que as diferentes profissões possam aprender juntas a trabalhar juntas.

## **Produto final: Educação na Saúde com aplicabilidade no contexto do trabalho**

Com base nos conceitos, debates, leituras e atividades mobilizados ao longo da atividade de ensino ‘Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde’, o produto final proposto e pactuado foi o entrega de um trabalho de planejamento de iniciativa que articulasse os preceitos da educação permanente/educação interprofissional/educação popular a ser desenvolvida no contexto de trabalho dos educandos. Os educandos foram estimulados a construir os produtos finais em grupos de trabalho, considerando os municípios em que atuavam. A estrutura constitutiva de apresentação do produto final está descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura constitutiva do produto final.

ITENS ESTRUTURANTES	CONTEÚDO
Capa e Folha de	Identificação autoral e institucional Natureza do trabalho Cidade e ano
Introdução	Delimitação do tema escolhido Contexto do município Contexto local de trabalho Incluir citações (normas da ABNT)
Justificativa	Argumentação sobre a relevância da proposta (motivos para realizá-la) Incluir citações (normas da ABNT)
Pressupostos teóricos	Marco teórico que fundamenta o trabalho (Educação Permanente, Educação Interprofissional, Educação Popular)

Objetivos	Objetivo geral Objetivos específicos
Descrição da atividade proposta	Apresentar detalhadamente a atividade proposta, participantes, carga horária, local de realização e cronograma,
Aplicabilidade no Município	Identificar facilitadores, parcerias possíveis, barreiras e formas de superá-las
Avaliação	Determinar a forma de avaliação da atividade proposta
Referências	Listar autores citados no trabalho (normas da ABNT)

Fonte: Autoras.

Os produtos finais tiveram como tema predominante os processos de educação permanente em saúde, envolvendo distintos enfoques para diferentes participantes (Quadro 2). As propostas incluíram os municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Eldorado do Sul, Esteio, Gravataí, Guaíba, Nova Santa Rita, São Leopoldo e Sapucaia do Sul, local de atuação profissional dos educandos.

Quadro 2 – Temas e especificidades das propostas dos produtos finais.

TEMAS	ESPECIFICIDADE DA PROPOSTA
Educação Permanente em Saúde	Educação permanente com agentes de saúde pública
Educação Permanente em Saúde	Ações de Educação Permanente a partir da visão dos profissionais de saúde

Educação Permanente em Saúde	Proposta de intervenção de educação permanente voltada para os trabalhadores da rede de atenção à saúde
Educação Permanente em Saúde	Proposta de atividade de educação permanente no ambiente de trabalho
Educação Permanente em Saúde	Acolhimento como uma proposta de atividade de educação permanente
Educação Permanente em Saúde	Educação permanente em saúde a partir das reuniões de equipe ampliadas nas Unidades de Saúde
Educação Permanente em Saúde	Educação permanente de saúde com apoio: reestruturação das atribuições gerais das equipes
Educação Permanente em Saúde	Educação Permanente em Saúde Mental
Educação Permanente em Saúde	Apoio matricial entre serviços especializados
Educação Permanente em Saúde	Projeto de Intervenção com Agentes Comunitários de Saúde
Educação Permanente em Saúde	Educação permanente sobre alimentação nas Unidades de Saúde da Família
Educação Permanente em Saúde	Proposta de atividade de Educação Permanente
Educação Permanente em Saúde	Protocolo de saúde da mulher
Política de Educação em Saúde	Estratégias para elaboração do Plano Municipal de Educação em Saúde
Gestão em Saúde	Mapeamento da rede de atenção psicossocial (raps) como instrumento de qualificação da gestão em saúde

Fonte: Autoras.

O momento da entrega dos produtos contemplou além da produção textual postada no espaço da atividade de ensino no MOODLE, a apresentação das propostas para a turma e docentes, oportunizando reflexões e aprendizagens a cada nova proposta.

## **Considerações Finais**

Processos educativos envolvendo profissionais da saúde devem pautar-se pela qualificação para o trabalho, o que inclui as novas exigências/necessidades da sociedade e do SUS, com práticas que permitam a adesão às políticas de saúde, desenvolvidas com metodologias que permitam a inovação do ensino na saúde.

A atividade de ensino ‘Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde’ mobilizou conhecimentos voltados à Educação Permanente, Popular e Interprofissional em Saúde, buscando estimular o desenvolvimento da capacidade de: análise do contexto das práticas realizadas; compreensão dos processos de trabalho em saúde; atenção à comunicação no cuidado em saúde; problematização dos problemas e necessidades de saúde; incentivo permanente da postura crítica e reflexiva do significado do trabalho realizado. Os produtos finais apresentados expressaram a potência dos espaços de trabalho para o desenvolvimento de iniciativas educativas no SUS.

As políticas de Educação Permanente e Educação Popular promoveram avanços no contexto da educação na saúde. Requer, contudo, esforços na articulação de parcerias institucionais

entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada.

Iniciativas de formação orientadas à reflexão/problematização sobre o processo de trabalho onde educadores e educandos interagem como sujeitos políticos engajados com a consolidação do SUS, como foi o curso de ‘Especialização Educação em Saúde Coletiva’, são estratégicos na possibilidade de construção de aprendizagens colaborativas e significativas, na perspectiva de facilitar o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS.

O convite está posto!

## Referências

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1547-1558, 2014. Suplemento 2.

ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow**. UK Centre for Advancement of Interprofessional Education, Reino Unido, v. 1, n. 3, p. 1-46, 2002.

BARR, H. *et al.* **Interprofessional education: guidelines 2016**. Centre for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2016.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2.012, p. 25-28, 2012.

BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 28, n. 5, p. 393-399, 2014.

CORREIO, A. I. S. S.; CORREIO, L. M. L. O.; CORREIO, M. M. C. C. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/921/931>>. Acesso em: 7 jun. 2020.

COSTA, M. V. *et al.* Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. **J. Interprof. Care**, Abingdon, v. 28, n. 4, p. 379-380, 2014.



COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **J. Lancet**, London, v. 376, p. 1923-1958, Nov. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

MCNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical education**, Oxford, v. 39, n. 5, p. 456-464, May 2005.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NUIN, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. F. **Manual de educação interprofissional em saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 16-24, 2015. Número Especial 2.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. **Work**, Amsterdam, v. 41, p. 233-245, 2012.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide n. 39. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 7, p. 1-27, 2016.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p.837-842, 2006.

ROSSIT, R. A. S. *et al.* Constructing professional identity in interprofessional health education as perceived by graduates. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1399-1410, 2018. Suplemento 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para**

**ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <[http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf](http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf)>. Acesso em: 13 jun.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Educação interprofissional na atenção à saúde:** melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Washington: OPAS, 2016. Relatório da Reunião 7 a 9 de dezembro de 2016. Bogotá, Colômbia. Disponível em: <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 30 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas.** Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, n. 78. Washington: OPAS, 1988.

PAIM J.; ALMEIDA, F. N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4 p. 299-316, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva. **Plano de Ensino Disciplina Políticas e Práticas de Educação e Ensino na Saúde.** Porto Alegre: UFRGS, 2018.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em Educação em saúde percepções dos professores tutores e alunos.** São Paulo: Editora Cultura Acadêmica, 2015.

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional

collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 3, 2009.



**Voltar ao  
Sumário**

## Capítulo 6

# A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

*Carolina da Silva Buno*

*Geisa Neutzling de Moraes*

*Ágatha Santos Cunha*

*André Phylippe Dantas*

*Márcio Hoff*

*Míriam Thais Guterres Dias*

*Aline Blaya Martins de Santa Helena*

## **Introdução**

A realização do Curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proporcionou aprendizagens sobre a relevância das estratégias de educação permanente e integração ensino-serviço bem como sobre a gestão na educação. Confirmou também a importância do município como um ente federado na oferta de serviços e ações de saúde para a população, pela sua capilaridade e pelo trabalho dos seus profissionais e gestores.

Estas aprendizagens motivaram a elaboração deste capítulo, que tem o propósito de socializar esta experiência e destacar algumas premissas e estratégias de ensino-aprendizagem que sustentaram a realização do curso de especialização. A equipe de trabalho pedagógico, técnico e administrativo do curso foi composta por docentes coordenadoras e tutoras, mestrandas em Saúde Coletiva como preceptoras, técnico de assuntos educacionais e acadêmicos, todos pertencentes à área de saúde coletiva.

### A educação em saúde coletiva

[...] abrange o processo de formação especializada de profissionais, a qualificação para a percepção ampliada da saúde e para a resposta segura dos sistemas e serviços de saúde às demandas coletivas da população, a gestão pedagógica do ensino e pesquisa no complexo campo da saúde pública/saúde coletiva e o planejamento dos centros de ensino e pesquisa para responderem às demandas e às necessidades dos processos de reforma sanitária que, no caso brasileiro, corresponde à implantação do Sistema Único de Saúde (CECCIM; ARMANI, 2001, p. 31).

Esta formulação indica um projeto ético-político para a formação e a qualificação dos profissionais no Sistema Único de Saúde, fundamento que a realização deste curso de especialização buscou realizar, a partir de um esforço coletivo da universi-

dade e dos municípios, por meio dos seus personagens professores, trabalhadores da saúde e estudantes.

Os municípios parceiros e o COSEMS/RS participaram do curso indicando dois profissionais para as vagas de cursistas e receberam um bolsista-cursista para atuarem juntos nos cenários de práticas para o processo de ensino em serviço. Valorizaram a pedagogia de ensino-serviço proposta pelo curso, autorizando a sua realização nos ambientes de trabalho, e permitiram a liberação dos trabalhadores de suas funções para as atividades presenciais quinzenais do curso.

Uma ativa atuação de profissionais da saúde, trabalhadores municipais e bolsistas, compôs um processo educativo no mundo do trabalho que possibilitou mudanças nas relações, nos processos de trabalho e no desenvolvimento de novos perfis para atender as necessidades no campo da gestão.

A sustentabilidade do SUS depende tanto da formação de um novo profissional de saúde, quanto de uma política e de uma gestão de pessoal que contemple diversidades funcionais das várias profissões e especialidades e também a diversidade sanitária e de contexto das várias regiões brasileiras (CAMPOS, 2018, p. 1712).

A política de gestão do trabalho e da educação na saúde se faz necessária, pois é imprescindível para o Sistema Único de

Saúde seguir como política pública na direção da universalidade e da integralidade.

A carga-horária total da especialização foi de 720 horas de atividades distribuídas igualmente entre atividades teóricas e teórico-práticas. As atividades teóricas foram conduzidas por dezenove docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, organizados em sete disciplinas que trataram de temas fundamentais para a oferta de ferramentas teóricas na proposição de estratégias e intervenção em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Os professores participantes são integrantes do corpo docente dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social.

As atividades teórico-práticas foram realizadas nos setores de trabalho dos profissionais cursistas e com a atuação de um cursista-bolsista responsável por ativar processos de educação e gestão do trabalho, buscando propiciar a participação de todos e o aprendizado em grupo, pautando práticas proativas, colaborativas e interprofissionais.

Os cenários de práticas do ensino-serviço foram as esferas da gestão, nos cargos de secretário/a municipal de saúde e coordenadores/as e na função de assessoria técnica regional do COSEMS/RS e dos municípios nos setores atenção básica, média complexidade e urgências e emergências, vigilância da saúde e educação na saúde. As atividades se realizaram no ambiente de trabalho dos profissionais cursistas junto com os bolsistas cursistas, e se constituíram em: Diagnóstico situacional do município; Construção e revisão do Plano operativo em saúde do municí-



pio; Colaboração na organização das Conferências Municipais de Saúde; Planejamento de projetos de intervenção voltados à gestão do trabalho em saúde; Realização de itinerâncias para familiarização com serviços de saúde e território; Participação no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva<sup>1</sup> (NUMESC); Diagnóstico situacional das necessidades e ações de educação em saúde identificada pelos trabalhadores da rede; Planejamento de projetos de intervenção a partir das necessidades em educação em saúde identificadas pelos trabalhadores da rede; Construção de plano municipal de educação permanente em saúde; Construção de Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios; Construção do Seminário Municipal de Educação em saúde; Articulação da rede municipal de saúde e educação para ações nas escolas municipais de educação infantil; Planejamento de projetos de intervenção a partir do programa “Crescer Saudável” e da linha de cuidado municipal do obeso adulto; Organização e realização de atividades programáticas (outubro rosa novembro azul); Planejamento de projetos de intervenção e capacitações voltados à epidemia de sífilis no município.

As características necessárias a um novo modelo de formação em saúde no Brasil estão na

---

<sup>1</sup> NUMESC - estrutura das Secretarias Municipais de Saúde, responsáveis pela educação em saúde coletiva a seus trabalhadores (TORRES, *et al.* 2008). Surgiu por iniciativa da Escola de Saúde Pública (ESP) do Rio Grande do Sul (Portaria SES RS 39/2000), que criou o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), descentralizando a educação em saúde para as Coordenadorias Regionais de Saúde. E, para uma responsabilidade conjunta entre gestão regional e municipal, surgiram os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).

[...] atenção aos problemas de maior prevalência e relevâncias nos serviços de saúde locais; diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem; maior ênfase na atenção primária, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença. (CAMPOS, AGUIAR, BELISÁRIO, 2008, p. 1024)

A realização deste curso atendeu plenamente a este propósito de qualificar o trabalho no Sistema Único de Saúde.

## **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nos Municípios**

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde se constituiu como uma política pública com a premissa de que “a participação do trabalhador na saúde é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS” (MACHADO; XIMENES NETO, 2018, p. 1978). A institucionalização desta política pública é recente no Brasil, instalada em 2003, que superou a concepção até então vigente de recursos humanos da saúde.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde foi inovadora, pois “a junção dessas duas dimensões – educação e trabalho – em uma mesma área ministerial informa sobre uma nova concepção de formação e desenvolvimento para o trabalho” (TEIXEIRA, OLIVEIRA, ARANTES, 2012, p. 206). Contudo, este cenário já sofreu profundas alterações com o avanço da privatização na saú-

de, flexibilização das condições de trabalho, os limites impostos aos municípios pela Lei de Responsabilidade, e o crescente subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (FUNCIA, 2019).

Profissionais da saúde envolvidos na gestão de políticas e programas de saúde nos Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre foram os cursistas da Especialização, assim como bacharéis em Saúde Coletiva e demais profissões na condição de bolsistas-cursistas. Estes demonstraram a relevância da área de gestão do trabalho e da educação na saúde, pois há uma necessidade de “intervir no cotidiano das ações de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, agregando valor de aprendizagem no e pelo trabalho e processos tecnológicos (POSSA, 2016, p. 1).

A dimensão Educação na Saúde se fundamenta na premissa constitucional de que compete ao Sistema Único de Saúde a ordenação dos seus recursos humanos, corroborado pela Lei Orgânica da Saúde, 8.080/1990. E foi a que avançou de modo preponderante desde 2003, quando se constituiu desde então uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação na criação de vários programas, com destaque ao lançamento, em 2004, do ‘AprenderSUS’, que consistiu em um “conjunto de estratégias para fortalecer a cooperação entre instituições de educação superior e o sistema de saúde” (TEIXEIRA, OLIVEIRA, ARANTES, 2012, p. 213).

Dentre as mudanças na atenção e na gestão no SUS a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, estão as Responsabilidades Municipais na Educação na Saúde (BRASIL, 2009), e entre elas:

- Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.
- Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde.
- Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.
- Todo município deve incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

A descentralização da saúde para o âmbito municipal vai demandar um aumento da sua força de trabalho, e por conseguinte, a criação de mecanismos de formação e qualificação dos profissionais. E para tanto,

[...] faz-se necessário qualificar as instâncias locais; descobrir e investir por suas potencialidades; valorizar a formação multiprofissional e as capacidades específicas de cada profissão,

sem aprisionamentos; investir na aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolver a capacidade de crítica, autoanálise e autogestão, tendo em vista construir outros modos de aprender, de aprender a aprender, de aprender no trabalho e de trabalhar na saúde (CARVALHO, CECCIN, 2006, p. 173).

Em estudo feito por Pierantoni e Garcia (2012, p. 51-52) foi constatada uma relevante cooperação entre as secretarias municipais de saúde e as instituições de ensino para a qualificação dos trabalhadores do SUS, em 67,6% das secretarias participantes, sendo 61,4% por meio cursos de especialização e 56,1% como campo de estágio para a graduação.

## **O Processo Formativo**

As atividades teórico-práticas, que correspondem a dimensão ensino em serviço, e caracterizadas pelo sistema de ensino da Universidade como estágio curricular obrigatório, foram um diferencial deste Curso de Especialização, inspirada nos moldes das residências em saúde. Esta modalidade ampliou seu escopo de qualificação, ultrapassando o espaço tradicional da educação continuada, que se limita ao espaço físico das instituições de ensino.

Esta modalidade oportunizou a realização do processo de educação em serviço, contando com o acompanhamento da equipe de preceptoria e tutoria, considerando a formação dos

profissionais cotidianamente no e pelo trabalho. Buscou-se a valorização do cotidiano do trabalho dos cursistas e o conhecimento construído durante sua trajetória, uma vez que esta é produtora de conhecimento.

Este processo foi permeado pelos desafios que compõem o trabalho em saúde, expressos por “dificuldades no contexto das relações interpessoais durante o processo de trabalho, caracterizadas pela presença de conflitos, distanciamento e resistência à inclusão de novos profissionais” (PERUZZO *et al.*, 2018, p. 3). Contudo, já houve no “Brasil um avanço maior do trabalho em equipe e a prática interprofissional na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho dos profissionais” (PEDUZZI, 2016, p. 200), situação que proporcionou uma rica experiência no processo de ensino-aprendizagem do curso.

## **Preceptoría**

Um dos diferenciais desta formação foi a adoção da estratégia de preceptoría como forma de apoiar os cursistas e bolsistas nos trabalhos desenvolvidos nos cenários de práticas. As atividades de preceptoría foram realizadas por duas mestrandas do programa de Saúde Coletiva e egressas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Privilegiou-se este perfil de preceptoría entendendo o preceptor enquanto um educador, com a necessidade do uso de ferramentas docentes (FAJARDO; CECCIM, 2010) experiência ofertada pelos programas de pós-graduação *stricto sensu*.

Também se preferenciou este perfil de monitoria pela vivência em atividades de ensino-serviço em gestão e saúde coletiva, experienciadas por meio do programa de residência em saúde e o perfil formativo direcionado para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O entendimento sobre preceptoria versa entre diversos conceitos, entendendo-se que é uma atividade educativa distinta da docência tradicional, uma vez que esta experiência é pautada no compartilhamento de experiência de trabalho, apoio pedagógico e o cuidado com os especializandos (FAJARDO; CECCIM, 2010). O preceptor transita entre o cotidiano do trabalho e a formação trazendo estratégias para lidar com tensionamentos e questões no processo de ensino-serviço. Tem a função de colocar em análise e problematizar as experiências de trabalho, de ofertar apoio pedagógico e cuidado com os profissionais cursistas, percorrendo trajetórias entre o seu conhecimento específico, experiências de trabalho e a conexão entre teoria e prática. É na interlocução entre as relações que o preceptor estabelece suas experiências e inovação (PEREIRA *et al*, 2018; FAJARDO e MEDEIROS, 2018; LIMA e ROSENDO, 2015).

Desde o início do curso as preceptoras se aproximaram dos municípios com visitas regulares a campo buscando apoiar a construção de espaços, ideias de trabalho inclusivas e satisfatórias tanto para os profissionais cursistas quanto para os municípios. Nesta atividade estava também o suporte para a inserção dos alunos bolsistas-cursistas nos serviços, situando-os na equi-

pe de trabalho municipal para o planejamento e implantação de políticas públicas de saúde.

Apesar das preceptoras não serem trabalhadoras vinculadas aos cenários de práticas foram pessoas capacitadas para a integração de conceitos e valores do cotidiano do trabalho, ajudando os cursistas no desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas e propostas de ações inovadoras nos cenários de práticas. O acompanhamento da realidade dos municípios por meio de preceptorias nos próprios municípios de atuação dos cursistas permitiu o diagnóstico situacional dos cenários de práticas e a busca por ferramentas de intervenção para a promoção de ações pedagógicas que se adaptem às peculiaridades dos cursistas e o manejo de situações inerentes ao trabalho em saúde.

Também coube às preceptoras realizar a mediação interinstitucional entre os municípios participantes e a universidade nas figuras de trabalhadores da gestão e coordenação do curso. Além do acompanhamento nos cenários de práticas, sempre estavam disponíveis nos diversos canais de comunicação para quaisquer necessidades de aproximação, dúvida ou apoio. A facilidade no acesso a essas profissionais de referência permitiram o acolhimento e a discussão de temas específicos emergentes nas práticas do trabalho.

Durante a realização do curso diversos embates práticos e pedagógicos se deram nos cenários de práticas o que exigiu maior aproximação dos cursistas, preceptoras e coordenação do curso a fim alcançar a resolução mais adequada a situações de conflito ou outras próprias do trabalho em saúde.



O investimento de recursos para bolsas de preceptoria estimulou a constante capacitação de preceptores em sua formação, valorização do profissional preceptor e de seu papel de liderança na condução de atividades teórico-práticas. Ainda, a dedicação exclusiva e contínua garantiu a estabilidade na execução dos processos de aprendizagem dos cursistas, manutenção dos vínculos construídos e o planejamento e execução de atividades compartilhadas e supervisionadas.

Pela forma como o vínculo entre especializandos e preceptores se constituiu muitas vezes a relação estabelecida perpassou a dimensão do ensino, podendo contemplar o aconselhamento, influência ou inspiração para o desenvolvimento ético e profissional (ROCHA; WARMLING; TOASSI, 2016). Dessa forma, a atuação das preceptoras no andamento do curso foi um diferencial, e a qualificação profissional das preceptoras agregou conhecimentos, favoreceu a troca de experiências e o entendimento de situações semelhantes já experimentadas na gestão em saúde.

### **Atividades em Ambiente Virtual de Aprendizado - A experiência do ensino à distância**

Entendendo as particularidades dos cenários de gestão dos municípios parceiros a carga horária teórico-prática foi desenvolvida através de encontros quinzenais na universidade e em ambiente virtual de aprendizagem (AVA- Moodle UFRGS), organizados de acordo com os eixos estruturantes do curso, com atividades conduzidas pelos docentes das disciplinas.

As atividades em ambiente virtual foram desenvolvidas de modo que os especializandos pudessem articular as vivências de seus processos de trabalho nos cenários de práticas ao conteúdo teórico exposto nos momentos presenciais, entendendo o ambiente virtual como um espaço de aprendizagem colaborativa, onde os especializandos também se tornaram corresponsáveis com seu processo de aprendizagem (WARMLING *et al*, 2018).

Conforme observado nesta experiência do curso de especialização da UFRGS e a experiência descrita por Warmling e colaboradores (2018) na experiência de ensino à distância do Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a presença de profissionais como tutores e preceptores que mediam os processos de ensino e aprendizagem nas plataformas à distância, se destacam na participação do ensino-aprendizagem, pois favorece relações horizontais, derrubando possíveis barreiras que este processo pode trazer.

Nos ambientes virtuais de aprendizado a equipe de apoio técnico e pedagógico se fez fundamental, como responsável pela manutenção do moodle e sinalização de prazos de entrega de atividades e postagem do conteúdo previamente elaborado pela equipe docente.

A equipe pedagógica, por meio da figura das preceptoras, também acompanhou a trajetória dos especializandos nas plataformas digitais auxiliando-os permanentemente no cumprimento das atividades à distância, valorizando as especificidades dos trabalhadores do SUS na complexa relação de ensino-serviço.

Foram adotadas estratégias de apoio e incentivo para a participação integral dos trabalhadores, destacando a construção de conhecimentos no campo da saúde coletiva com ênfase nas experiências em Gestão do Trabalho e Educação da Saúde.

O acompanhamento do ambiente AVA pela equipe pedagógica se fez também como uma potente estratégia na prevenção de evasões das atividades nas plataformas digitais, uma vez que, quando identificadas dificuldades foram ofertados espaços de escuta e acolhimento das demandas, fazendo com que o aprendizado fosse de fato significativo aos trabalhadores discentes.

Por meio das preceptoras foram realizados o acompanhamento da frequência dos alunos nas atividades formativas do curso, o esclarecimento de dúvidas sobre as atividades do curso em EAD, apoio à equipe de docentes e coordenadores do curso, e acompanhamento dos cursistas nos cenários de práticas.

## **Considerações Finais**

As atividades desenvolvidas pelo curso de Especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ressaltaram o compromisso com o processo de produção de perfis profissionais, a produção educativa das equipes de saúde e o compromisso dos profissionais com o Sistema Único de Saúde. Possibilitou também detectar diferentes segmentos de saberes e de práticas, o encontro interprofissional, interdisciplinar e a intersetorialidade, dando ao cotidiano maior potência de aperfeiçoamento da gestão, da atenção, da formulação e da

execução de políticas públicas aliados a gestão loco-territorial, a integralidade do cuidado, a formação-intervenção com práticas educativas no cotidiano e a intervenção crítico-colaborativa em redes de atenção e gestão.

O Curso, compreendido nos âmbitos da Saúde Coletiva e da Educação e Ensino da Saúde, abrangeu atividades que permearam o planejamento participativo, a gestão colegiada, a avaliação formativa, o desenvolvimento integrado e da inovação científico-tecnológica. Além do ensino teórico-prático, ensino em serviço, este último realizado através de estágio curricular obrigatório nas secretarias municipais de saúde, os trabalhadores de saúde municipais e os bolsistas também atuaram enquanto atores do ensino em serviço.

A equipe de trabalho pedagógico, técnico e administrativo foi elemento diferencial para o aprendizado presencial e de ensino a distância, facilitando as relações entre alunos bolsistas, gestores e curso, propiciando ambientes de cooperação mútua entre os grupos, compartilhamento de responsabilidades e coordenação dos esforços, visto as diferentes formações e vivências dos cursistas.

As produções dos cursistas, através dos Trabalhos de Conclusão de Curso realizados, revelaram o aproveitamento do processo formativo e o retorno aos seus municípios de novas ações programáticas e, a contribuição dos processos de educação permanente em saúde para a atenção e a gestão municipal.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. DGES. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella, Lígia *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1707-1714, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>. Acesso em 19 de março de 2019.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: SOUSA, Gastão Wagner *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulg. saúde debate** (23):30-56, dez. 2001.

FAJARDO, Ananyr Porto; CECCIM, Ricardo Burg Ceccin. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Farmer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função preceptoria. In: **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p.: il. – (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em 6 de junho de 2020.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva** vol.24 no.12 Rio de Janeiro Dec.2019. Epub Nov 25, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204405](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405). Acesso em 10 de janeiro de 2020.

LIMA, Patrícia Acioli de Barros; ROZENDO, Célia Alves. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PE-T-Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 779-791, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 6 jun. 2020.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6) Jun 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1971-1979/#>. Acesso em: 6 jun. 2020.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)** vol.20 no.56 Botucatu Jan.Mar. 2016. Disponível em: <https://>

[www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0199.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0199.pdf). Acesso em 31 de março de 2019.

PEREIRA, Malviluci Campos *et al.* Preceptoria. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Orgs.) **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em 31 de março de 2019.

PERUZZO, Hellen Emília *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery** 2018;22(4):e20170372. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf>. Acesso em 31 de março de 2019.

PIERANTONI, Celia Regina; GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. **Divulgação Em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro n. 47. Maio 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/revista-divulgacao-n.47-completa.pdf>. Acesso em 6 de junho 2020.

POSSA, Lisiane Boer. **Proposta de Curso Lato Sensu Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

ROCHA, Patrícia Flores; WARMLING, Cristine Maria; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária. **Revista Saberes Plurais**, [S. l.], v. 01, p. 96-112, 19 jun. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/>

handle/10183/168739/001003654.pdf?sequence=1&isAllowed=y.  
Acesso em 6 de junho 2020.

TEIXEIRA, Marcia; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; ARANTES, Rosana Freitas. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TORRES, Odete Messa *et al.* Caminhos da educação permanente em saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul. In: VIAL, Sandra Regina *et al.* (Coords.). **Caminhos da educação permanente em saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2008. p. 21-40.

WARMLING, Deise *et al.* Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 20, n. 1, p. 132-137, Feb. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642018000100132&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000100132&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de junho de 2020.



**Voltar ao  
Sumário**



## Capítulo 7

# LEBRANDO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE A PARTIR DA 16ª [8ª + 8] CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

*Luanny Silva Ovando do Nascimento  
Érica Rosalba Mallmann Duarte*

Quem participou da 8ª Conferência Nacional de Saúde não imaginava que estaríamos passando isto [fala do cenário político atual] em 2019. Eles certamente estavam numa situação bem pior e é por eles que estamos aqui hoje. Que não tenhamos medo e vamos à luta mesmo! E que a próxima 8+8+8 seja outro marco! (Usuária participante da 16ª CNS).

## Introdução

Começar nosso texto falando sobre a “herança” da Reforma Sanitária e a luta do direito à saúde é primordial, uma vez que falar do Sistema Único de Saúde (SUS) e não evidenciar o processo de resistência e luta é o mesmo que se afogar em um novo “mar de lama”.

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. O controle social enquanto dispositivo de participação social na saúde é um processo contínuo e árduo, em que mesmo após 30 anos de SUS as iniciativas de ampliar e renovar as relações com os usuários e os movimentos sociais ainda é um desafio.

Diante da atual conjuntura e da dimensão da área da saúde pública brasileira, faz-se oportuno identificar e comparar a participação social e as inovações produzidas ou não no campo da saúde, nas políticas públicas e pela democracia. A questão que se coloca neste espaço é: A 16ª (8ª+8) Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 2019, tem uma relação de continuidade e desenvolvimento, lembrando as diretrizes e as propostas elencadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde?

O presente trabalho parte de um recorte entre os documentos públicos e relatórios das 8ª e 16ª (8ª+8) Conferências Nacionais de Saúde, com o intuito de saber se há uma relação de continuidade e desenvolvimento, lembrando as diretrizes e as propostas elencadas nas conferências.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva realizada a partir de uma análise documental dos relatórios das conferências nacionais de saúde. Para esse estudo foram utilizados os relatórios oficiais das 8ª e 16ª (8ª+8) CNS, publi-

cadadas em sites oficiais do Conselho Municipal de Saúde, no item publicações. Foram também utilizados livros, artigos e relatórios das conferências publicadas, antes e após a Reforma Sanitária brasileira, e dados do Projeto de Pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”.

## **Resultados e discussões**

A visão do Controle Social e da Participação da Comunidade a partir das Conferências analisadas:

Quanto às diretrizes e propostas das 8ª e 16ª (8ª+8) CNS ambas deram importância para a participação social e para seus efeitos na garantia do direito à saúde. No relatório da 8ª CNS uma das diretrizes do eixo foi “Saúde como Direito”, tendo como proposta “estimular a participação popular organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do estado”.

Nesse sentido, mesmo após 33 anos da 8ª CNS, o Brasil no quesito processo participativo ainda se encontra em desenvolvimento, a exemplo das propostas da 16ª CNS (2019):

Garantir e fortalecer o controle social para manutenção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi concebido com a participação democrática e popular como premissas básicas, cuja prestação deve ser exclusivamente pública, assegurando o

efetivo cumprimento de toda legislação para fortalecimento do controle social em saúde (BRASIL, 2019, p. 81).

Sobre as propostas para a 16<sup>a</sup> (8<sup>a</sup>+ 8) CNS, na temática participação social, está realçado o fortalecimento das instâncias de controle social, garantindo o caráter deliberativo dos conselhos de saúde (nacional, estaduais, distrital, municipais e locais), oferecendo estrutura, capacitação e financiamento e ampliação dos canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Essa proposta vai ao encontro com nossa discussão sobre o processo participativo nas instâncias de participação, em que a metodologia da educação popular seria uma reflexão considerável aos métodos de interação com o usuário.

## Fortalecimento e Garantia do Direito à Saúde

Não é possível atuar em favor da igualdade, do respeito aos demais, do direito à voz, à participação, à reinvenção do mundo, num regime que negue a liberdade de trabalhar, de comer, de falar, de criticar, de ler, de discordar, de ir e vir, a liberdade de ser [...] (FREIRE, 2015, p.231).

Seguimos nossa discussão com a citação de Paulo Freire do livro “Cartas à Cristina: reflexões sobre minha vida e minha prá-

xis” (2015) o qual foi escrito pelo autor quando estava no exílio durante a ditadura militar. Em outros aspectos podemos fazer um breve comparativo com a conjuntura política da 8ª CNS e da 16ª (8ª + 8) CNS.

Uma das diretrizes do relatório da 8ª CNS, que aconteceu em 1986, trouxe indagações acerca da realidade histórica, econômica, social e político-cultural do Brasil:

A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico (BRASIL, 1986, p.5).

Em pleno 2019, 33 anos após a consolidação do SUS, precisamos discutir sobre o fortalecimento e a garantia do direito à saúde, mas antes de discutir sobre isso teremos que fazer uma reflexão em torno da educação e democracia, não ficando ausente a questão do poder, da questão econômica, da questão da igualdade e da questão da justiça (FREIRE, 2015).

## **Financiamento da Saúde**

O relatório da 8ª CNS (1986) traz como uma de suas diretrizes que foram situações discutidas para a criação do SUS: “a

falta de transparência na aplicação de recursos públicos; e o fortalecimento dos estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária” (BRASIL, 1986). Essas medidas iriam contribuir para atender às reais necessidades da população.

Com isso, o relatório da 8ª CNS preconiza como umas de suas diretrizes para o financiamento de uma reformulação de um sistema nacional de saúde o seguinte:

A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos (BRASIL, 1986, p. 28).

Apesar disso, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), em sua coleção sobre o financiamento da saúde (2011), evidencia que a questão da saúde, particularmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira.

Fato este que foi acentuado como uma das propostas aprovadas para o financiamento adequado e suficiente para o SUS, na 16ª (8ª + 8ª) CNS (2019):

Garantia do direito constitucional à saúde por meio de financiamento adequado, transparen-

te e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços (BRASIL, 2019, p. 141).

## **Considerações Finais**

Após os resultados encontrados e reflexões acerca dos relatórios das 8ª e 16ª (8ª + 8) CNS ficaram evidentes que apesar de haver pontos de continuidades e desenvolvimentos de novas propostas para as ações de saúde pública, ainda há pontos falhos e adversidades para a manutenção e criação de políticas públicas de saúde.

O ponto marcante no que tange os dois relatórios das conferências foram a questão da Democracia em Saúde, em que ambas as conferências aconteceram num período de contexto de retrocessos das políticas sociais. Trazer esse ponto de continuidade 33 anos após a 8ª CNS torna-se ainda mais relevante como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia. O Conselho Nacional de Saúde no documento orientador da 16ª (8ª + 8) CNS salienta que essas disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento

do SUS (BRASIL, 2019, p.8).

Finalizamos nosso trabalho com o pensamento de Paulo Freire (1994) onde “o futuro nasce do presente, de possibilidades em contradição, do embate travado pelas forças que dialeticamente se opõem” (FREIRE, 1994, p. 242). Contudo, a relevância de se tecer a história com o coletivo é uma mão de via dupla aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS e aos usuários, uma vez que a alfabetização dos mundos, as visões e bagagens são diferentes.

## Referências

BRASIL. **Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2019.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).

FREIRE, P. **Cartas a Cristina**: reflexões sobre minha vida e minha práxis. Org: Ana Maria Araújo Freire. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: Teoria e Prática em Educação Popular. 4. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.



**Voltar ao  
Sumário**



SEÇÃO II

**AÇÕES PROGRAMÁTICAS  
PARA A EQUIDADE**



## Capítulo 8

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTADO ATUAL, DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM REDE INTERSETORIAL EM ALVORADA – RS

*Roger dos Santos Rosa  
Bruno Tavares Rocha*

### **Introdução**

A temática sobre gravidez na adolescência se apresenta como uma questão de saúde pública mundial e afeta principalmente populações em situações de vulnerabilidade social. É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como toda a gestação que ocorre em mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos de idade (OPAS, 2016). No Brasil, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069/1990) considera jovens com até 12 anos incompletos como criança. Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) comumente estratifica a população brasileira por faixas etárias de cinco em cinco anos (ex.: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, etc.).

A gestação na adolescência pode ocasionar consequências negativas para a mãe, a criança e o núcleo familiar. A mortalidade materna é uma das principais causas de morte entre as

adolescentes nos países latinos americanos e aumenta em idades inferiores a quinze anos (OPAS, 2016). O risco de mortalidade perinatal também é maior em mulheres adolescentes em decorrência, por exemplo, da imaturidade fisiológica de seus corpos e do baixo acompanhamento pré-natal (BERETTA, 1995; SOF, 1997). A dificuldade de aceitação e de apoio da família e do seu núcleo de relações pode ter impacto na saúde emocional da mãe e da criança provocando obstáculos durante a criação (SANTOS *et al.*, 2014). Além disso, a evasão escolar também pode ser outro efeito negativo para as adolescentes e, por consequência, provocar baixa colocação no mercado de trabalho por falta de qualificação (CARNIEL *et al.*, 2006).

Políticas públicas e ações educativas no campo da saúde, voltadas para conscientização de métodos de prevenção e diminuição do índice da ocorrência da gravidez na adolescência, mostram-se necessárias pela dimensão do tema e seu impacto social.

Dessa forma, o presente trabalho objetivou analisar a situação da gravidez na adolescência no município de Alvorada (RS), identificar desafios relacionados às práticas de educação e do trabalho da rede intersetorial para redução da gravidez na adolescência, e delinear possibilidades de qualificação do trabalho da rede intersetorial.

## **O Município de Alvorada**

Alvorada é uma cidade do estado do Rio Grande do Sul que integra a Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA),

fazendo divisa com os municípios de Cachoeirinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão. Possui área territorial de 71.311 km<sup>2</sup> e caracteriza-se como uma cidade predominantemente urbana. A população residente aumentou de 142.046 habitantes em 1991 para 195.673 em 2010 com a maior parte correspondente ao sexo feminino e baixa presença de população residente na zona rural.

No contexto econômico, apesar da diminuição das populações pobre e extremamente pobre e do aumento da renda per capita de R\$334,82 para R\$ 600,48 no período de 1991 a 2010 (IBGE, 2010), o município obteve a maior proporção de pobreza em relação à sua população quando comparado com a RMPA e o estado.

O município sofreu um aumento da taxa de envelhecimento populacional (3,86% em 2000 para 5,67% em 2010), seguindo a tendência da RMPA (6,35% para 8,24%) e do estado (7,05% para 9,26%). Nesse período, houve redução da taxa de fecundidade de 2,8 para 2,2.

A rede municipal de atenção à saúde de Alvorada é composta por estabelecimentos de Atenção Primária em Saúde (APS) e serviços de média complexidade. A principal porta de entrada ao sistema de saúde é a APS, que conta com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuídas em diversos bairros do município. No que tange à saúde da mulher, o pré-natal de risco habitual é realizado pelas equipes de ESF, intercalado entre enfermeiros e médicos para as gestantes da área de abrangência da estratégia. Todas as ESF realizam o teste de gravidez na unida-

de de saúde e, no momento da confirmação, agendam a primeira consulta. Os postos possuem orientação central da Secretaria Municipal de Saúde de realizarem os testes rápidos seguindo as recomendações de protocolos do Ministério da Saúde. As gestantes de fora da área das equipes de ESF consultam no Serviço Integrado da Mulher (SIM) por meio de equipe composta por sete ginecologistas, equipe de enfermagem, psicóloga e assistente social. Para as gestantes que são encaminhadas ao atendimento de pré-natal de alto risco, o município tem como referência o Hospital de Alvorada. A paciente não perde o vínculo com a unidade de saúde, alternando as consultas do hospital com a ESF.

## **Revisão de Literatura**

### Caracterização da gravidez na adolescência

A adolescência é a faixa etária em que ainda ocorrem crescentes transformações corporais e psicológicas, sendo esse um dos fatores de risco para a gravidez precoce (BERETTA, 1995; SOF, 1997).

No Brasil, observou-se a ocorrência do fenômeno da gravidez na adolescência e sua caracterização como problema de saúde pública devido ao aumento da fecundidade em adolescentes que começou a ocorrer na década de 1970, ao contrário do declínio da fecundidade geral (FERREIRA *et al.*, 2012). Apesar da diminuição nas taxas de fecundidade em todas as regiões brasileiras, a gravidez entre jovens menores de 19 anos ainda se

mantém crescente e ocorre principalmente em camadas da população expostas em condições sociais mais vulneráveis (BRASIL, 2015).

Vulnerabilidade social é definida por Ferreira *et al.* (2012) como um indicador de iniquidade social com “três dimensões interdependentes: individual, social e programática” (FERREIRA *et al.*, 2012, p.314). Esses autores também afirmam que seu conceito deve ser adotado como um referencial para promover a saúde da população vulnerável. Para Taborda *et al.* (2014), as hierarquias sociais em que os jovens estão inseridos resultam em diferentes tipos de adolescência, que podem ser de conhecimentos e qualificações ou de vulnerabilidade e consequências. Segundo Sasaki *et al.* (2014),

O comportamento sexual dos adolescentes deve ser estudado considerando-se as desigualdades sociais, a cultura sexual, o sexo e a escolaridade, os quais são importantes fatores determinantes para comportamento de risco e podem resultar em morbidades nesta população (SASAKI *et al.*, 2014, p. 173).

Dadoorian (2003) afirma que alguns aspectos são decisivos para a ocorrência da gestação precoce, como “fatores biológicos e os fatores não biológicos, nos quais se inserem os aspectos culturais e os psicológicos” (DADOORIAN, 2003, p. 86). De acordo com Nogueira *et al.* (2009), deve-se assumir que a gravidez

na adolescência não ocorre com aleatoriedade espacial, ou seja, em determinadas regiões há maior sujeição para esse fenômeno.

O estudo de Almeida *et al.* (2019) traz a percepção das diferenças entre as regiões do país. No Nordeste, a maior parte (56,8%) das adolescentes puérperas são da classe D/E enquanto na região Sul a maioria (66,2%) encontra-se na classe C. A região Sul também apresenta o número mais expressivo de puérperas adolescentes na classe A/B, 17,5%, contra apenas 3,5% no Nordeste. Na região Sul, o percentual de puérperas adolescentes é de apenas 16,5%, contra 26,7% no Norte e a proporção geral do país de 19,1%.

Também é discrepante a caracterização da cor da pele entre as regiões do país, que evidenciam a relação entre raça e classe, na região Sul 54,1% são brancas, enquanto na região Norte o valor é de 14,9%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo das regiões Norte e Nordeste também se mostrou coerente na comparação dos dados da pesquisa, inclusive devido aos dados de mortalidade materna e óbitos neonatais que se utilizam na composição do mesmo.

Ferreira *et al.* (2012) também ressaltam que existem desigualdades relacionadas ao “desenvolvimento social do território, sendo maior nas classes sociais mais excluídas” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 313). Em seu estudo no município de São Carlos (SP), os autores identificaram que “as áreas de maior densidade de vulnerabilidade social e de gestação na adolescência coincidem com as áreas de menor renda do município” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 317).



Almeida *et al.* (2017) alegam que a adolescência é uma fase de risco na qual a descoberta e o interesse pela sexualidade são acompanhados por práticas sexuais sem proteção “devido à falta de informação, de comunicação entre familiares e de alguns mitos, tabus, ou mesmo pelo fato de ter medo de assumir sua sexualidade” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1088). Argumentam também que grupos mais vulneráveis, ou seja, jovens “com menos condições sociais para colocar projetos futuros em prática e conquistar satisfação social” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1092), podem estar mais propensos à gestação precoce ou às infecções sexualmente transmissíveis.

Em outro trabalho, os mesmos autores Almeida *et al.* (2019) utilizaram dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2011 e 2012 acerca de partos hospitalares no país, tendo demonstrado claramente a situação de vulnerabilidade das puérperas adolescentes da “classe D/E em relação ao pré-natal, tendo realizado menor número de consultas e iniciado a assistência mais tardiamente” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 55). Descrevem também que “quanto mais escura a cor da pele maior a proporção daquelas com escolaridade inadequada para a idade, com menor número de consultas de pré-natal e início precoce” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 55). E demonstram que “15,6% das adolescentes receberam assistência pré-natal adequada no país, conforme procedimentos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 57), sendo as jovens de cor preta aquelas com “maior chance de realizar pré-natal inadequado quando comparadas às brancas” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 57), demonstrando a falta de políticas públicas eficien-

tes que propiciem o acesso dos cidadãos aos serviços e direitos básicos para o exercício de sua cidadania, ocasionando um grande contraste de condições em diferentes grupos populacionais no território (GOMES & PEREIRA, 2005).

Também a “reação das famílias das adolescentes diante da gravidez de suas filhas varia de acordo com a classe social” (DADOORIAN, 2003, p. 86), sendo melhor aceitas nas classes populares do que na classe média (DADOORIAN, 2003). Alguns aspectos, como “a aceitação e o apoio das famílias, o planejamento da criança, a coabitação ou não com o parceiro e a presença de instrumentos públicos de saúde e de educação para as mães e seus filhos” (NOGUEIRA *et al.*, 2009, p. 311) compõem o panorama da gravidez na adolescência e sua vulnerabilidade, junto a fatores culturais e socioambientais presentes na sociedade.

### Consequências da gestação precoce

A maternidade precoce pode acarretar uma série de fatores negativos para a mulher e o recém-nascido como apontam vários estudos no campo epidemiológico, sendo que “a maior mortalidade neonatal de crianças filhas de mães adolescentes está relacionada ao baixo status socioeconômico destas mães, e não à idade das mesmas” (CESAR, 2000 *apud* NOGUEIRA, 2009, p. 299).

Ferreira *et al.* (2012) também afirmam que há forte relação entre gravidez na adolescência e o risco de morbimortalida-

de infantil, devido à “maior incidência do baixo peso ao nascer, ao menor número de consultas no pré-natal e às intercorrências no parto” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 314). De acordo com Moccellini *et al.* (2010), “a imaturidade emocional da adolescente pode levar a dificuldades em estabelecer relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança” (MOCCELLIN *et al.*, 2010, p. 408). Pariz, Mengarda e Frizzo (2012) alegam que “o exercício da sexualidade tem seu início cada vez mais cedo, impulsionado por uma imposição social” (PARIZ, MENGARDA E FRIZZO, 2012, p. 623), na qual a gestação precoce pode causar sentimentos de preocupação e infelicidade nos jovens ou se mostrar como um meio para construção do ideário antigo ainda presente na sociedade em relação ao papel da mulher (FARIA *et al.*, 2012).

Para Ferreira *et al.* (2012), “a gestação na adolescência não se constituiu como um problema em si” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 314), assim como Gontijo e Medeiros (2008) garantem que a gestação precoce e sua reincidência pode se tornar um elemento definidor do planejamento de vida dos jovens. Ainda conforme Ferreira *et al.* (2012), “para muitas dessas meninas, a maternidade é uma âncora social para se tornarem adultas” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 317). Da mesma forma, em jovens de classes econômicas mais favorecidas pode ocorrer o planejamento da gestação como fruto de uma estabilidade do relacionamento entre os parceiros (TABORDA *et al.*, 2014).

Dadoorian (2003) informa que pode haver uma influência do meio social nas decisões das adolescentes por meio da

diferença de visão sobre a gravidez conforme a classe social. De acordo com a referida autora, jovens grávidas atendidas em clínicas privadas eram mais relutantes em aceitar a gestação por receio de ser um empecilho nos seus planos de vida, diferentemente de jovens de classes sociais mais baixas atendidas em serviços públicos em que a gravidez se mostrou como um sentido de vida para as adolescentes. A autora ainda questiona a ocorrência da gestação como consequência de desinformação sobre métodos de prevenção, pois em seu estudo, realizado no Instituto Fernandes Figueira da cidade do Rio de Janeiro (RJ), as jovens afirmaram ter conhecimento de contraceptivos antes da iniciação sexual e da probabilidade de ocorrência de gestação, mas não fizeram uso.

Segundo Almeida *et al.* (2017), o início precoce das relações sexuais entre jovens se caracteriza como “um problema de saúde pública por estar acompanhada do uso inconstante de preservativo” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1092) , e que “proteger o início da atividade sexual pode ser considerado um fator protetor” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1092). Para Carniel *et al.* (2006), a gestação precoce pode resultar em consequências negativas, “perpetuando a tendência à pobreza, com consequentes riscos sociais para a mãe e para os seus dependentes” (CARNIEL *et al.*, 2006, p. 420) devido à baixa colocação das jovens no mercado de trabalho por não conseguirem alcançar melhores qualificações profissionais. Ainda no trabalho de Taborda *et al.* (2014), com 20 adolescentes da cidade de Curitiba (PR), os autores afirmam que a dificuldade de retorno ao ambiente escolar foi mais alta em jovens de classe econômica menos favorecidas.

No estudo de Godinho *et al.* (2000), com mães adolescentes no Hospital de Clínicas da Faculdade de Botucatu (SP), observou-se que a falta de planejamento da gravidez não implicou na recusa da mesma, mas ocorreu “relação entre gravidez e abandono escolar, apontando para um possível agravamento das condições socioeconômicas” (GODINHO *et al.*, 2000, p. 31). Nesse sentido, o fator socioeconômico pode se apresentar diretamente associado com a ocorrência e as consequências da gestação precoce entre os jovens adolescentes.

### Desafios e possibilidades de qualificação da rede intersetorial

A atuação do trabalho em rede intersetorial pode apresentar diversos desafios como, por exemplo, a existência de conflitos entre concepções, demandando a construção de uma base de diálogo mais ampla sobre as práticas realizadas e resultados desejados. Também, a motivação do trabalhador influencia na dinâmica de atuação conjunta e na efetividade das ações e pode ser afetada por diversos fatores (PERES, 2015).

Segundo Ferro *et al.* (2014), “a articulação entre os serviços, estruturada por meio de conexão próxima entre seus diversos profissionais, ações e projetos” (FERRO *et al.*, 2014, p. 131) pode ocasionar o desenvolvimento de uma rede com interdependência e corresponsabilização entre os atores envolvidos. Essa rede levaria à construção de uma nova metodologia ou a qualificação da linguagem entre os campos profissionais e institucionais incluídos no processo para que seja possível trabalhar

em prol de determinados objetivos. Já as reuniões de equipe nas unidades de saúde se apresentam como dispositivos fundamentais para o início e continuidade do processo de trabalho de modo intersetorial, pois possibilitam a “estruturação, informação e estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões” (PERES, 2015, p. 57).

Porém, esses dispositivos também podem aparecer as dificuldades para o exercício de uma rede intersetorial, pois podem transparecer situações de conflito e resistência pelos atores envolvidos em relação ao trabalho e atuação proposta. Tal situação pode demandar dos gestores de saúde a capacidade de mediação e busca por um caminho que seja possível trabalhar levando em consideração os conflitos e interesses dos atores. O trabalho em rede intersetorial pode permear a troca de saberes entre os atores e o fortalecimento da integralidade do cuidado de um grupo como, por exemplo, o dos adolescentes no quesito de gravidez precoce. Para Chiari *et al.* (2018), a atuação em rede intersetorial do campo educacional junto com a saúde potencializa a efetivação de ações que contemplem as questões de vulnerabilidades e condicionantes sociais existentes no território. A discussão e a elaboração de processos de educação de forma conjunta entre atores de campos distintos devem levar em consideração o protagonismo dos sujeitos para os quais as ações serão realizadas.

Neste sentido, a atuação em rede intersetorial direcionada para a questão da gestação precoce entre jovens não deve ser focada somente na gravidez em si, mas compreender a com-

plexidade do tema e da vulnerabilidade em que os adolescentes podem estar inseridos. As ações devem buscar promover o enfrentamento do tema, criando espaços que sirvam como fatores de proteção aos jovens para que esses se sintam fortalecidos e amparados para discussão e troca de experiências sobre a gravidez na adolescência e planejamento familiar.

Conforme Almeida *et al.* (2017), os jovens buscam ou recebem informações “predominantemente com amigos, revistas, filmes, televisão e internet, e com menos frequência de professores e de profissionais de saúde” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1091). Pariz, Mengarda e Frizzo (2012), salientam que:

O trabalho mais indicado e o menos realizado no âmbito das políticas públicas para adolescentes é o da educação, pois o que existe é um grande empenho informativo centrado no uso de anticoncepcionais (PARIZ, MENGARDA e FRIZZO, 2012, p. 634).

Segundo Pariz, Mengarda e Frizzo (2012), o ambiente escolar se apresenta como um potencial para a utilização de processos educativos direcionados a educação sexual. No trabalho de Almeida *et al.* (2017), os autores descrevem o resultado de sua pesquisa sobre a temática da gravidez na adolescência, na qual os jovens “reconhecem que a participação da escola é importante, enfatizando que as palestras são fundamentais para orientações” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1093), mas também julgam necessário o envolvimento do grupo familiar visto sua responsabilização

no processo de educação apesar da “dificuldade ainda vigente em alguns pais de estabelecer comunicação sobre o assunto” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1089).

Tal constatação se aproxima de Moccellini *et al.* (2010, p. 408), que ressaltam que as atividades direcionadas à gravidez precoce “deveriam envolver toda a sociedade e não ser apenas restritas aos serviços de saúde”, compreendendo a aproximação dos campos com os grupos familiares desses jovens.

Para Pariz, Mengarda e Frizzo (2012), se faz necessário que as ações de processo educativo busquem a integração da família para que possibilite intervenções mais assertivas devido à complexidade da gravidez precoce. Os autores sugerem reflexão das ações realizadas sobre a temática para verificar se são direcionadas unicamente para a questão da gravidez precoce ou da adolescente grávida no sentido de um olhar ampliado.

Diante do significado psicológico da gravidez na adolescência, Dadoorian (2003) aponta a constatação das jovens de tornarem-se mulheres quando se tornam mães e também o sentimento de “equivalência onde exercer a sexualidade significa ter filho, o qual demarca a sua entrada na vida adulta” (DADOORIAN, 2003, p. 86). Paralelamente, “não se valoriza o discurso da adolescente sobre a sua gravidez, o que explicaria o fracasso de vários projetos de educação sexual” (DADOORIAN, 2003, p. 90). A autora propõe que “as propostas de intervenção (...) devem igualmente priorizar o significado dessa gravidez e suas implicações subjetivas e culturais, para que sejam obtidos resultados mais eficazes” (DADOORIAN, 2003, p. 90).



Pariz, Mengarda e Frizzo (2012) ressaltam que o modelo familiar presente em grande parte da sociedade se caracteriza por falhas de comunicação, sendo que “a orientação vinda da família poderia ser decisiva para a ocorrência de gravidez em adolescentes” (PARIZ, MENGARDA E FRIZZO, 2012, p. 633). Tal constatação aproxima-se de Almeida *et al.* (2017), que sugerem a elaboração de ações direcionadas à saúde do adolescente, de modo intersetorial e com a inclusão do grupo familiar, objetivando diminuir a vulnerabilidade desse grupo etário.

Segundo Ferrari *et al.* (2008), para garantir a frequência de jovens no serviço de saúde é necessário que haja um processo de empatia por parte dos profissionais que garanta a escuta e a valorização desse grupo etário. No estudo realizado por Queiroz *et al.* (2016), os autores demonstram as contribuições de grupos para a qualificação do cuidado pré-natal em jovens adolescentes, em que um dos fatores que resultaram em maior participação das jovens grávidas foi a mudança de postura por parte dos profissionais no método de educação. Por meio de uma metodologia de compartilhamento de saberes e compreensão do contexto social e cultural, acabou “resultando em maior compromisso com as atividades do pré-natal” (QUEIROZ *et al.*, 2016, p. 06).

Em outro estudo de Almeida *et al.* (2019), relacionado a temática de gestação precoce, “para todo o grupo de adolescentes, foi muito baixa a frequência de orientações recebidas durante as consultas de pré-natal” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 57), demonstrando a necessidade de um pré-natal específico para a gravidez na adolescência, que se mostre mais abrangente e

informativo. Mencionam Ferreira *et al.* (2012), levando em consideração questões como adesão ao pré-natal, a “importância do acolhimento, do acompanhamento e da busca ativa das gestantes pela unidade de saúde, com ênfase nas adolescentes” (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 321). Em seu artigo a respeito do vínculo no ambiente hospitalar, em situação materno-infantil, Moura, Guimarães e Luz (2013) também ressaltam a importância do acolhimento profissional até mesmo para fortalecer a criação de vínculo entre os pais e os bebês.

Salientam Almeida *et al.* (2017) que as ações de prevenção existentes “trazem uma linguagem metafórica, dificultando sua compreensão, ou, em outros casos, vulgarizam o assunto instigando preconceitos de ordens diversas” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1091), sendo necessário mudanças que contemplem o modo “como os jovens percebem e conduzem sua vida sexual” (ALMEIDA *et al.*, 2017, p. 1091). Ferrari *et al.* (2008) indicam que as metodologias praticadas pelos profissionais para abordagem de um tema tão complexo deveriam ter um enfoque mais amplo, levando em consideração “aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais, políticos, nos valores e comportamentos” (FERRARI *et al.*, 2008, p. 396). Nesse sentido, apontam a necessidade do desenvolvimento de um processo de educação com os profissionais com o objetivo de torná-los aptos para uma temática complexa como é a gravidez na adolescência.

Almeida *et al.* (2019) destacam que “quanto mais baixa a classe econômica das adolescentes, menor a frequência de realização de exames” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 55) dos mais di-

versos, desde glicemia até mesmo sorologia, com destaque para sífilis e HIV. Afirmam que a classe econômica baixa e a cor da pele preta/parda também se mostraram determinantes quanto a menor orientação sobre qual a maternidade de referência para o parto. Sendo assim,

O serviço de saúde que deveria compensar a desvantagem social ainda reproduz iniquidades, demonstrando a ineficiência no sistema e evidenciando a chamada ‘equidade inversa’, na qual quem mais necessita do cuidado, menos o recebe (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 60).

No estudo de Dadoorian (2003), compreende-se que as jovens entrevistadas muitas vezes possuíam o desejo de engravidar e conheciam métodos contraceptivos, mas optaram por não utilizar, o que demonstra a questão cultural que permeia a gravidez na adolescência, muitas vezes vista como indesejada pela sociedade e fruto da desinformação sexual. Também foi perceptível o fato de que “nenhuma das adolescentes entrevistadas tinha planos para o futuro” (DADOORIAN, 2003, p. 89). A autora traz em suas conclusões que “a questão que se evidencia não é a falta de informação, mas a falta de formação” (DADOORIAN, 2003, p. 90).

Para Almeida *et al.* (2019), a “redução de barreiras ao diagnóstico da gravidez, início precoce do pré-natal e realização de maior número de consultas poderia significar mais oportunidades de promoção à saúde de adolescentes grávidas” (ALMEIDA

*et al.*, 2019, p. 60). Porém, os autores apontam a fragilidade na organização dos serviços e que o debate imprescindível é sobre a “qualidade da assistência prestada relacionada às desigualdades a que estão expostas as adolescentes pretas e pobres neste país” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 60), pois ocasionam “experiências desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 60).

Assim, a realização de ações educativas voltadas para a conscientização dos adolescentes deve buscar alcançar o máximo de sua população alvo e a divulgação por meio da utilização de comunicação presencial em locais públicos, ambiente escolar e serviços de saúde pode ser realizada por meio de pessoas de diferentes grupos etários (VIEIRA *et al.*, 2006). Ferrari *et al.* (2008) também afirmam que a realização de atividades direcionadas a faixa etária adolescente “constitui-se num espaço educativo muito rico” (FERRARI *et al.*, 2008, p. 393), apontando que em seu estudo os enfermeiros e sugerem que seja realizado um processo de trabalho intersetorial com a articulação do campo da educação com o campo da saúde, visto que podem haver interesses comuns principalmente no que envolve a gestação precoce para “obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção integral à saúde deste grupo etário” (FERRARI *et al.*, 2008, p. 397).

O reconhecimento da vulnerabilidade dos jovens necessita de desenvolvimento de ações programáticas pelos profissionais de saúde de modo intersetorial (FERRARI *et al.*, 2008). No estudo dos autores, realizado no município de Londrina (PR),

apesar da identificação da importância do desenvolvimento de ações direcionadas para a saúde do adolescente nas equipes de ESF por mais de 80% do total de profissionais, observou-se que as atividades desenvolvidas como ações programáticas direcionadas ao planejamento familiar tinham participação de 31,7% dos médicos e 22% sobre o pré-natal, ao mesmo tempo em que as ações preventivas focadas na gravidez recebiam participação de 53,6% desses profissionais, sendo os enfermeiros os profissionais com maior participação em ambas.

## Resultados e Discussão

O banco dados do sistema Tabwin, cedido pelo setor de vigilância epidemiológica do município de Alvorada (RS), possibilita descrever o perfil das mães adolescentes identificando características sociodemográficas (idade materna, escolaridade, ocupação, situação conjugal das mães), gestacionais (número de consultas de pré-natal, número de filhos vivos) e relacionadas ao parto e às condições do nascimento (tipo de parto, idade gestacional e peso do recém-nascido).

O percentual da ocorrência de gestação em adolescentes em Alvorada (RS), apesar de pequenas variações, se mantém semelhante ao do estado e da Região Metropolitana de Porto Alegre. Entre 2014 e 2018, do total de 16.307 partos ocorridos em mulheres residentes em Alvorada, 2.954 (18,11%) foram em adolescentes, sendo 0,6% menores de 15 anos, 7,5% de 15 a 17 anos e 10,1% de 18 e 19 anos. Embora tenha apresentado uma queda durante o período citado, passando de 737 para 443

registros de casos de gravidez precoce no município, os dados se assemelham ao de outras localidades do país, que possui uma das maiores taxas de gravidez jovem quando comparado a outros da América Latina (OPAS, 2016). De 2014 a 2018, 95 casos de gestação precoce ocorreram em menores de 15 anos, o que reafirma a caracterização da gestação precoce como problema de saúde pública visto o risco da mortalidade perinatal apontado por Beretta (1995) e Sof (1997).

Em relação à situação conjugal dessas adolescentes, 89,5% não tinham companheiros e 10,3% eram casadas ou viviam em união consensual, diferenciando de estudos que apresentaram valores mais elevados de presença de companheiros entre as mães adolescentes (BATISTA, 2001), o que pode caracterizar esses casos de gestação precoce como não sendo frutos de planejamento familiar entre parceiros estáveis como aponta Taborda *et al.* (2014) em seu estudo. Sobre a ocupação das adolescentes, 2.393 (81%) foram identificadas como donas de casa, sendo que 53,6% delas possuíam oito ou mais anos de estudo, enquanto o restante trabalhava fora. Tais situações também foram encontradas por Carniel *et al.* (2006) em estudo realizado no ano de 2001 município de Campinas (SP).

Em relação à escolaridade registrada das adolescentes, os dados mostraram que 1.240 (42%) possuíam até sete anos de estudos. Ainda, das jovens com até três anos de estudo, 51,3% já tiveram pelo menos uma gestação anterior, nas jovens com quatro até sete anos de estudo o percentual foi de 29,8%, e nas com oito anos ou mais 18,9%. Esse dado é valioso para verificar a importância e a estreita relação da escolaridade com a repetição

da gravidez entre os jovens. Pode ter ocasionado abandono escolar de uma parte do grupo de adolescentes com gestação prematura, influenciando na colocação social dessas jovens, conforme apontado por Carniel *et al.* (2006) e no planejamento familiar como afirma Gontijo e Medeiros (2008) frente à reincidência da gravidez precoce.

Das jovens que realizaram alguma consulta de pré-natal, 813 (28,2%) não fizeram o mínimo de seis consultas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, sendo 14% de 18 e 19 anos e 13,1% de 15 a 17 anos. Não tiveram registro de atendimento pré-natal 85 gestantes (2,9%), das quais 32 menores de 18 anos. Os dados reforçam as conclusões de Almeida *et al.* (2019) que apontam para a necessidade de ampliar acesso em busca de maior número de consultas de pré-natal para melhor promoção da saúde das jovens.

Comparando a quantidade de consultas de pré-natal com a escolaridade, observa-se que das adolescentes com até três anos de estudo, 42,9% não realizaram o mínimo recomendado de consultas. Nas adolescentes que possuíam quatro até sete anos de estudo esse valor foi de 35,1% e naquelas com mais de oito anos estudo, 23,4%. Realizaram a primeira consulta de pré-natal até o terceiro mês 54% do total das jovens. Das jovens que não iniciaram o acompanhamento pré-natal, 49,7% possuíam até sete anos de estudo.

Do total de gestantes precoces que não realizaram o mínimo de seis consultas de pré-natal, 163 (20%) tiveram duração de gestação inferior a 37 semanas, o que é caracterizado

como nascimento prematuro. Já as que realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, apenas 8,7% tiveram nascidos prematuros, encontrando relação com estudo de Ferreira *et al.* (2012) que aponta o risco de intercorrências devido ao número inadequado de consultas pré-natal. O início precoce do pré-natal é fundamental para uma adequada assistência à saúde da gestante e o desenvolvimento de uma gestação saudável (BRASIL, 2012). É necessário também uma rede de apoio que busque alcançar essas jovens para um adequado acompanhamento em serviço como apontam Queiroz *et al.* (2016) e Ferreira *et al.* (2008) frente à necessidade de um olhar ampliado em saúde.

Em relação ao tipo de parto, o vaginal foi realizado em 76% das jovens e o cesário em 24%, tendo esse maior ocorrência (60% do total de partos cesários) em adolescentes com oito ou mais anos de estudo. Contudo, embora a ocorrência do parto vaginal seja mais alta que o cesário, o percentual ainda está abaixo da recomendação da OMS de pelo menos 85% de realização de partos vaginais em mulheres (OMS, 2015).

## **Considerações Finais**

A gestação precoce decorre muitas vezes da vulnerabilidade a que os jovens estão sujeitos. É necessário o fortalecimento de ações educativas direcionadas para a gravidez na adolescência e de conscientização do planejamento familiar. Tais ações devem considerar os saberes dos adolescentes, sendo um processo de troca de experiências com esse grupo e devem ser realizadas de



maneira intersetorial através do campo da saúde com o da educação.

Salienta-se a necessidade da qualificação dos profissionais por meio de um processo de educação em saúde visando a atualização das equipes frente a diversas temáticas que ocorrem nos seus cotidianos. A concepção, o aprendizado e a experiência do profissional de saúde acabam influenciando sua prática o que pode levar a um processo fragmentado e sem resultados benéficos ou possibilitar o desenvolvimento e fortalecimento de um cuidado em saúde mais amplo e qualificado para os adolescentes e outros grupos etários.

Desafios como, por exemplo, a formação centrada na doença e a diferença entre concepções e a motivação do trabalhador, que pode ser afetada por diversas formas, demandam a construção de uma base de diálogo mais ampla para o alcance de resultados desejados. O início da vida sexual dos jovens requer dos envolvidos com a saúde desse grupo um processo de busca, escuta e acompanhamento adequado do sistema de saúde, por intermédio das equipes de saúde para prevenir ou apoiar uma gravidez não planejada.

O estudo realizado apresentou limitações ao realizar comparações das informações de Declarações de Nascidos Vivos, cedidas pelo setor da Vigilância em Saúde, via banco de dados do programa Tabwin, com a RMPA e o estado do Rio Grande do Sul. Ainda, devido à importância do tema para o campo da saúde, sugere-se a utilização de técnicas de georreferenciamento para uma perspectiva mais consentânea do cenário de gravidez

precoce e sua possível maior ocorrência em áreas vulneráveis no âmbito intra-municipal.

Espera-se que o estudo possa contribuir para o campo do ensino, gestão, serviço e pesquisa em saúde coletiva, especialmente para a gestão de trabalho e da educação na saúde, devido à abordagem realizada na relação entre a ocorrência da gestação precoce e desenvolvimento de habilidades e ações necessárias para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

## Referências

ALMEIDA, AHV *et al.* Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 19, n. 1, p. 43-52, Março. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292019000100043-&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100043-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>.

ALMEIDA RAAS *et al.* Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 5, p. 1033-1039, Out. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0034-71672017000501033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0034-71672017000501033&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>.

ATLAS BRASIL. Índice de desenvolvimento humano. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/>>. Acesso em: 15 de maio. 2019.

BATISTA, RFL. **Condições de vida e saúde de gestantes adolescentes residentes no município de Campinas** [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2001. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311170>>. Acesso em: 16 de out. 2019.

BERETTA, MIR. **Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência, na cidade de São Carlos**. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, 1995 [Dissertação de Mestrado].

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>. Acesso em: 03 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALDEIRA AP *et al.* Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis. Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 67-74, Jan. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_ar](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar)

t-text&pid=S003489102005000100009&lng=en&nrm=iso>.  
Acesso em: 25 maio 2019.

CARNIEL EF *et al.* Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S151938292006000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S151938292006000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400009>.

CHIARI, APG *et al.* Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.5, e00104217, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S0102-311X2018000505009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-311X2018000505009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104217>.

DADOORIAN D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91, Mar. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S141498932003000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S141498932003000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000100012>.

FARIA ECR *et al.* Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 20-26, Set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S198314472012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S198314472012000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300003>.

FERRARI, RAP; THOMSON, Z; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, Junho 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=s->

ci\_art=-text&pid=141432832008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200013>.

FERREIRA, RA *et al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 313-323, Fevereiro 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010>.

FERRO, LF *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

GODINHO, RA *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, Abr. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000200005>.

GOMES, MA; PEREIRA, MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, Abril, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200013>.

GONTIJO DT, MEDEIROS M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 469-472, fev. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000200026&lng=pt&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000200026&lng=pt&nrm=i-so)>. Acesso em: 05 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200026>.

GORCZEWSKI, RF. **Desempenho da Estratégia Saúde da Família em indicadores de saúde de municípios menores de 10.000 habitantes do Rio Grande do Sul, 2006-2010**. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/77291>. Acesso em 18 de Setembro de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados sobre População do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios>>. Acesso em 14 de Agosto de 2019.

\_\_\_\_\_. Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. (Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n. 28).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros /** editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília: IPEA, 2015.

MOCCELLIN, AS *et al.* Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não planejada na adolescência: revisão da literatura. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 10, n. 4, p. 407-416, Dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000400002-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400002-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000400002>.

MOURA, MMD; GUIMARAES, MBL; LUZ, M. Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 45, p. 393-404, June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2019. Epub Junho 18, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000011>.

NOGUEIRA, MJ *et al.* Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte - MG. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 297-312, set. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1415790X2009000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1415790X2009000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300002>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C., EE. UU, 2016. Disponível em: <[https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/20180221\\_EmbarazoAdolescente\\_ESP\\_0\\_0.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/20180221_EmbarazoAdolescente_ESP_0_0.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2019.

PARIZ, J; MENGARDA, CF; FRIZZO, GB. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 623-636, Set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=0104S12902012000300009-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=0104S12902012000300009-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300009>.

PERES, ACO. **O Trabalho Interdisciplinar como Inovação Tecnológica na Promoção da Saúde Bucal: Estudo Qualitativo na Atenção Primária em Florianópolis-SC.** 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

QUEIROZ, MVO *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>.

SANTOS, NLZC *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 719-726, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000300719&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000300719&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>.



SASAKI RSA *et al.* Sexual behavior of school-aged adolescents in the city of Goiânia, Goiás. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, supl. 1, p. 172-182, 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1415790X2014000500172&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1415790X2014000500172&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050014>.

SOF - SEMPREVIDA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Boletim Mulher e Saúde**. n<sup>o</sup>s 15 e 16. Maio/agosto 1997.

TABORDA, JÁ *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 16-24, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462-2014000100016X&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462-2014000100016X&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010004>.

VIEIRA, LM *et al.* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, Mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000100016-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100016-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100016>.





## Capítulo 9

# REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE GESTÃO DO CUIDADO A PARTIR DA INVESTIGAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA

*Evelise Birck Rodrigues  
Luciana Barcelos Teixeira*

### **Introdução**

A atenção pré-natal (APN) é a assistência prestada a uma mulher durante sua gravidez e puerpério (BRASIL, 2013). A cobertura da APN tem sido usada mundialmente como um dos principais indicadores do progresso de um país ao acesso universal à saúde. Atualmente, no Brasil, dentro da lógica das redes de atenção à saúde, têm-se a Rede Cegonha (RC) que acompanha os indicadores de saúde materno-infantil. A necessidade de estudar a APN remete às possibilidades de amenizar as desigualdades sociais em saúde, pois existem evidências apontando estreita relação entre acesso e qualidade da APN e determinantes sociais, como baixa escolaridade, baixa renda, raça/cor e idade mais jovem (BRASIL, 2013). A reflexão sobre o processo de trabalho, os problemas sociais e de saúde emergentes, os conjuntos de

peçoas que estão desfavorecidos no acesso ao direito da saúde, é um exercício que todo gestor comprometido com sua população deve fazer. Neste sentido, apresenta-se este trabalho com proposta de intervenção da gestão a partir de investigação de dados assistenciais.

## **Objetivos**

Objetivo geral: Realizar intervenções de gestão do cuidado a partir da investigação da qualidade da APN de baixo risco em um município da região metropolitana.

### Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico de gestantes atendidas na atenção básica e o quantitativo por tipo de unidade de saúde.
- Caracterizar a APN de baixo risco.
- Comparar dados da APN de mulheres atendidas em unidades com Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem equipe de saúde da família.
- Comparar as características sociodemográficas e relacionadas à APN de mulheres adolescentes e adultas, e no quesito raça/cor.

## Metodologia

Este trabalho visou à realização de uma intervenção de gestão de cuidado baseada em evidências. Contudo, as evidências não estavam disponíveis. Logo, havia a necessidade de um trabalho investigativo, com coleta de dados sobre a APN, para que fosse possível a avaliação da qualidade assistencial. A fonte de dados para a investigação foi a planilha de Excel elaborada pela gestão. As variáveis disponíveis foram sociodemográficas e relacionadas à APN. Os critérios de inclusão: ter realizado pelo menos uma consulta de APN durante 2018 em alguma das unidades de saúde municipais, ter concluído sua APN até dia 31 de dezembro de 2018, ter permanecido com residência no município até o final da sua APN. Os critérios de exclusão foram: ter realizado toda a sua APN em clínicas de convênio ou particulares, mudança de cidade ou abandono da APN. A variável idade foi utilizada para quantificar as adolescentes. O ponto de corte foi de  $\leq 17$  anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente. Caracterização do cenário: O município está localizado na região metropolitana da Capital Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

A Atenção Básica (AB) na rede municipal do município onde foram realizadas as intervenções conta com 11 unidades básicas de saúde, sendo 5 UBS e 6 ESF. Segundo o IBGE (2010), a população deste município é composta por 52% de mulheres. A composição por raça/cor é de 85,5% brancos e 14% negros. Os critérios adotados para avaliar a qualidade da APN foram os da RC: Idade Gestacional (IG) na primeira consulta de APN, número de consultas de APN, realização de Testes Rápidos (TR)

de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tratamento e acompanhamento de IST e realização de consulta de puerpério. Para a RC considera-se adequado iniciar a APN até 12 semanas de IG, realizar, no mínimo, 7 consultas de APN, realizar os TR de IST (sífilis e HIV); se detecção de sífilis, completar tratamento prescrito; se caso conhecido de HIV, ou detecção, manter acompanhamento e tratamento do HIV em serviço de saúde durante toda gestação, parto e puerpério, realizar consulta de puerpério até os 10 dias após o parto. A qualidade da APN é considerada intermediária se a consulta puerperal for até 30 dias após o nascimento. As estratégias de intervenção foram discutidas junto com a equipe de gestores do município. Os dados de cada unidade foram apresentados para os coordenadores das equipes, mostrando assim, o perfil da APN de cada unidade. Isso permitiu que as equipes pudessem discutir avanços e dificuldades na APN e estratégias para implantação de melhoramentos.

## **Resultados e Discussão**

A amostra estudada foi composta por 580 gestantes que realizaram sua Atenção Pré Natal (APN) durante 2018, no município na rede da AB. Os dados de caracterização foram coletados durante o primeiro atendimento. No quesito raça/cor, 79% era branca e 21% negra. A idade média das gestantes foi de 25,3 anos  $\pm$  6,8 anos. Adolescentes entre 13 e 17 anos representaram 11% do total. A idade máxima foi de 49. Quanto à escolaridade 4,4% das mulheres não havia completado o ensino fundamental, 31,3% completou o ensino fundamental, soman-

do 35,7% da amostra com escolaridade baixa. O ensino médio compreendeu 56,3% das mulheres, 6,5% o ensino superior incompleto e 20 1,6% o ensino superior completo. No município existem 11 unidades básicas de saúde, sendo 5 no modelo de Unidade Básica Tradicional e 6 no modelo ESF; 37,8% das usuárias receberam atendimento por UBS enquanto 62,2% por ESF.

Observa-se que 66,6% das grávidas iniciaram a APN até 12 semanas de Idade Gestacional (IG). Na amostra 58,9% realizou 7 ou mais consultas. Realizou consulta de puerpério até o 40º dia pós-parto 82,5% das usuárias. A revisão puerperal em até 10 dias pós-parto houve em 36,6% dos casos. Cinco por cento das gestantes apresentou teste reagente para sífilis. Destas 82% concluiu corretamente o tratamento prescrito. Todas as mulheres com HIV (0,9% da amostra) realizaram tratamento especializado durante todo pré-natal. Do total de usuárias 4,9% sofreu abortos ou teve feto morto; 46,8% tiveram partos vaginais e 48,3% cesáreas.

Na comparação de mulheres que foram atendidas nas unidades de ESF e as que foram acompanhadas em UBS tradicionais. Iniciaram a APN até 12 semanas de IG 69,6% das gestantes das ESF, nas UBS a proporção foi de 61,6% ( $p=0,032$ ). A revisão puerperal adequada, realizada em até 10 dias após o parto teve proporção de 39,1% nas ESF, enquanto nas UBS ficou em 32,7% ( $p=0,004$ ). As gestantes da ESF realizaram 7 ou mais consultas de APN em 63,1% dos casos, nas UBS este índice alcançou 51,9% (0,007).

Comparando adolescentes (de 13 a 17 anos) com adultas (18 anos ou mais). Na faixa etária de 13 a 17 anos, 64,1% era branca e 35,9% negra. Entre as acima dos 18 anos, 80,9% era branca e 19,1% negra ( $p=0,002$ ). Entre as gestantes adultas, 31,9% apresentou ensino fundamental completo, para as adolescentes este dado foi de 69,8% ( $p < 0,001$ ). Mulheres maiores de 18 anos tiveram o percentual de 68,1% de início da APN até 12 semanas de IG. Nas adolescentes este percentual foi de 54,8% ( $p = 0,028$ ). As jovens realizaram, no mínimo, 7 consultas de APN em 49,2% das gestações, entre 23 adultas o percentual foi de 60,1% ( $p=0,068$ ).

Entre o grupo de mulheres brancas e negras, no quesito estudo, 33,4% das brancas apresentaram baixa escolaridade (até o ensino fundamental) e negras 43,6% ( $p= 0,045$ ). A proporção de casos de sífilis foi de 11,8% entre gestantes negras e 4,2% entre as brancas ( $P= 0,003$ ). Quanto ao início da APN até 12 IG, 69,1% das brancas cumpriram este quesito e 57,6% das negras ( $p= 0,013$ ).

Na comparação entre mulheres atendidas pela ESF ou pela UBS tradicional, o grupo atendido pela ESF apresentou melhores indicadores em todos os itens da APN; início da APN mais precoce, maior número de consultas, maior adesão ao tratamento da sífilis e menor tempo de revisão puerperal.

Na avaliação da APN, dois terços das mulheres iniciaram seus atendimentos até a 12ª semana de IG, quase 70% concluíram minimamente 7 consultas e mais de 80% realizaram uma consulta puerperal na quarentena pós parto. Estes são dados en-



corajadores, do ponto de vista da gestão porque demonstram que há capacidade instalada na sua rede de APN para melhorar estes números, especialmente nas áreas de ESF que apresentou melhores indicadores em relação às UBS tradicionais. Entretanto quando os dados são analisados segregadamente, adolescentes e negras apresentam piores percentuais de escolaridade, no acesso a APN, bem como na sua realização. As taxas de sífilis na gestação estão elevadas e podem repercutir negativamente na saúde materno infantil.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 10 out. 2019.





## Capítulo 10

# DESAFIOS, ARTICULAÇÕES E INTERVENÇÕES DE ATORES ESTRATÉGICOS DO SUS NO EMPREENDIMENTO DE AÇÕES COM A POPULAÇÃO NEGRA E IMIGRANTES EM CACHOEIRINHA/RS

*Ingrit Medeiros Seehaber  
Dagmar Elaine Kaiser*

### **Introdução**

O conceito de equidade em saúde começou a ser debatido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, aparecendo na Carta de Ottawa, documento que resultou da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sendo um de oito pré-requisitos para a saúde (OMS, 1986).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social (BRASIL, 2013). Para que as populações vulneráveis tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo, a equidade pretende tratar os desiguais de maneira

desigual e os iguais de forma igualitária, de acordo com as suas necessidades.

Ao ponderar sobre equidade e saúde, Whitehead (1992) partiu de dois pressupostos: o primeiro, que grupos de pessoas menos favorecidas têm menores chances de sobrevida. O segundo, que existem grandes diferenças nas experiências de adoecimento entre as pessoas.

Considerando que existem diferenças no perfil de saúde entre nações e entre grupos de uma mesma nação, a inequidade, para Whitehead (1992), se refere a uma diferença específica: desnecessária, evitável e injusta. A inequidade ganha, então, uma perspectiva moral e ética, à medida que os fatores biológicos e as implicações de adoecimento acometem classes sociais mais baixas e, em parte, protagonizando diferenças em saúde a partir de fatores socioeconômicos e ambientais.

Para aquelas pessoas que possuem pouca ou nenhuma escolha sobre as condições de vida e de trabalho, a injustiça se relaciona com o nível de escolha envolvido, resultando em disparidades em saúde.

Ainda para Whitehead (1992), a equidade exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde. Ninguém deveria ser menos favorecido de atingir essa potencialidade, caso essa situação pudesse ser evitada. Nesse sentido, as políticas deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos.

Entre as políticas que visam à equidade na atenção a populações em vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, incluem-se a da população negra, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT), populações do campo, da floresta e das águas ou, ainda, pessoas em situação de rua. Os imigrantes, embora se encontrem em condições de vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, não são assistidos por uma política de saúde específica, estando sujeitos às políticas gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) (AITH; SCALCO, 2015).

A necessidade de empreendimento, em Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, de ações de equidade para populações vulneráveis terem acesso aos serviços para uma vida saudável e a importância de sua incorporação pelos atores estratégicos do SUS, levaram a Secretaria Municipal de Saúde à criação de um Grupo de Trabalho (GT) de Equidade. Este grupo é composto por múltiplos profissionais da área da saúde que trabalham com a interprofissionalidade em temáticas relacionadas à saúde da população negra, população LGBT e imigração, experimentando um novo espaço de aprendizagem que é o trabalho na gestão do âmbito municipal.

A experiência de participar do GT da Equidade no Município de Cachoeirinha, como profissional Sanitarista, deu-se a partir da formação-intervenção, da supervisão crítico-colaborativa em redes de ação e de práticas de trabalho em saúde coletiva e educação e ensino da saúde no curso de especialização *lato sensu* em Educação em Saúde Coletiva: Gestão de Trabalho e da

Educação na Saúde, mediante parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Ministério da Saúde.

O campo da Saúde Coletiva é responsável por lidar com as questões de educação, promoção e vigilância em saúde. Essas ações, quando voltadas às minorias, visam não apenas à inclusão e convivência com a diversidade, mais do que isso, elas propõem a inclusão ativa de grupos e suas questões específicas, em um diálogo intensivo com a equidade e a igualdade de direitos.

Ainda, para Cortês (2006), a participação direta da população, vocalizando demandas e acompanhando as políticas de saúde, foi fundamental para a criação do SUS e vem sendo importante para o seu aprimoramento, estando no cerne das lutas pela consolidação do acesso universal, atendimento integral e equidade na satisfação das necessidades em saúde.

Para Pinheiro e Mattos (2001), a noção de Equidade está intrinsecamente relacionada à superação de desigualdades históricas e sociais evitáveis. Desigualdades injustas e que implicam que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferenciadas. O sentido da Equidade, desta forma, apregoa que desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas naturalmente, mas historicamente postas pelo modo de produção e organização da sociedade.

A questão central do estudo aborda como se dá o processo participativo no GT da Equidade em Cachoeirinha, considerando ideias, atores, mecanismos e dinâmicas participativas quanto às inovações que porventura estejam sendo produzidas nesse processo em termos de democratização da política pública da

Equidade e do sistema de saúde e às formas de participação da sociedade.

Considerando o significado da Equidade, a atuação do GT da Equidade de Cachoeirinha e a necessidade de um olhar para as populações vulneráveis e oprimidas na sociedade, tanto na atenção individual quanto coletiva, foi questão norteadora do estudo: Como é empregado o processo participativo no GT da Equidade no município de Cachoeirinha, no Rio Grande do Sul, Brasil, considerando as populações vulneráveis do território?

Para responder a essa inquietação, foi objetivo do estudo analisar contextualmente desafios, articulações e intervenções de atores estratégicos do SUS no empreendimento de um processo participativo de ações à Equidade com a população negra e imigrantes, no Grupo de Trabalho (GT) da Equidade do Município de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, nas atividades que o compõem. Para tanto, investiu-se na compreensão da dinâmica de participação dos atores sociais no GT da Equidade; na exploração das estratégias do GT da Equidade em relação ao fortalecimento da participação social com servidores do município e comunidade em geral; na identificação de atividades de organização do GT da Equidade relacionadas ao fortalecimento da participação social e consolidação do SUS; e, no fortalecimento da agenda de estudos e análises sobre a participação social no grupo de trabalho da Equidade e consolidação da política em sua interface com o ensino, a pesquisa e a gestão na saúde.

O Grupo de Trabalho da Equidade ocupa um lugar de destaque na gestão municipal, na efetiva expansão da integralidade do cuidado e, nesse sentido, o estudo busca contribuir para a reflexão e a disseminação dos princípios orientadores da gestão da clínica à equidade nos espaços de produção de saúde, visando mudanças nos profissionais e nos usuários, instigando neles o desejo de promover melhorias nos processos de trabalho da equidade e sua implementação técnica, política e atitudinal.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa social, qualitativa, indutiva. A teoria fundamentada nos dados é uma aplicação da pesquisa interpretativa, envolvendo os estudos de linha qualitativa e a pesquisa indutiva (CASSIANI; CARILI; PELÁ, 1996). Caminha-se dos dados à sua codificação, da codificação às conexões de sentido, das conexões à formação e desenvolvimento de conceitos; da integração de conceitos à delimitação de teoria. A perspectiva destaca-se como método interpretativo “capaz de compreender o significado que certo contexto ou objeto tem para as pessoas” (LEITE *et al.*, 2016, p. 75), gerando teoria segundo a concepção de “arranjos teóricos explanatórios, a fim de produzir compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados” (LEITE *et al.*, 2016, p. 75).

O estudo deu-se no espaço assistencial do Serviço de Atenção Especializada (SAE), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Cachoeirinha e, na Faculdade Cesuca, espaço pedagógico em que se deram muitas das atividades realizadas.



A população do estudo foi constituída de servidores públicos do município, voluntários de projetos, estudantes de nível superior e integrantes do GT da Equidade.

Compõe o GT 28 integrantes. Destaca-se que ele não é composto de membros originários ou representativos de movimentos sociais, mas sim de servidores municipais interessados em compor o grupo. Nesse sentido, é insuficiente no quesito inclusivo, quando a democracia deveria ser marcada pela convivência com a diversidade e, mais do que isso, pela inclusão ativa de grupos e questões específicas, em diálogo intensivo com a ideia da Equidade e da igualdade de direitos (POGREBINSCHI, 2010).

Para dar visibilidade à política da Equidade e fazer os direitos serem respeitados, foi pactuada a participação da pesquisadora acadêmica nos diversos cenários sociais do município, revelando-se como oportunidade de “saber/fazer” em aprendizagem dinâmica e reflexiva através da articulação e indissociação entre a teoria e a prática, nas discussões do Grupo de Trabalho de Equidade. Desta forma a pesquisadora, acadêmica em Educação em Saúde Coletiva: Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), colocou-se como observadora participante e como apoio técnico em ações de educação na saúde do Município de Cachoeirinha/RS, com a finalidade de explorar as estratégias do GT da Equidade em relação ao fortalecimento da participação social com servidores do município e comunidade em geral, estando em relação direta com os interlocutores em seu espaço social. E, na medida

do possível, participou de sua vida social, no cenário cultural, interagindo no contexto da pesquisa. Sem dúvida, houve trocas que modificaram o contexto e a pesquisadora, que ao interferir nele, modificando-o, também se modificou (MINAYO, 2014).

Dessa forma, a coleta de dados deu-se por meio de entrevista livre com participantes do GT da Equidade e de observação participante em Cachoeirinha/RS, GT da Equidade articulado à Atenção Primária à Saúde (APS), entre os meses de outubro de 2018 a dezembro de 2019.

O roteiro de entrevista solicitava resposta às seguintes indagações: quais suas motivações da participação no GT da Equidade e as compreensões sobre o controle social na saúde e sua relevância? Quais seus principais êxitos e realizações vivenciadas ao atuar na participação e controle social em saúde no município de Cachoeirinha? Quais as principais dificuldades enfrentadas nos espaços de participação e controle social em saúde? Fale sobre o papel e a importância dos conselhos de saúde na atualidade! O que você achava que deveria mudar na forma de participação e controle social em funcionamento no SUS?

Neste estudo, a organização e a codificação dos dados foram feitas pela pesquisadora, garantindo-se o anonimato para o conjunto dos entrevistados. Da codificação às conexões de sentido, a análise do material empírico das entrevistas foi organizada a partir das respostas individuais transcritas e analisadas isoladamente, somadas à enunciação reflexiva e vivencial a partir da inserção no Grupo de Trabalho da Equidade que trabalhou

desafios, articulações e intervenções de atores estratégicos do SUS no empreendimento de ações com populações vulneráveis no município de Cachoeirinha/RS.

Após, formaram-se conceitos coletivos, discutindo-os à luz teórica. A partir daí, identificaram-se os conceitos centrais, seguidos de arranjos teóricos explanatórios: compreensões sobre o controle social na saúde e sua relevância; aspectos das políticas públicas do SUS para o fortalecimento dos movimentos institucionais à Equidade; integração ensino/serviço e as práticas inclusivas à Equidade; o papel e a importância da representação social na atualidade; estratégias de superação à inópcia das ideologias e políticas conservadoras.

Por se tratar de pesquisa social, com ênfase nas Ciências Humanas e Sociais, a pesquisa obedece às condições previstas na Resolução CNS/CONEP nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. O estudo deriva do projeto de pesquisa intitulado “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, CAAE: 14851419.0.0000.0008.

## **Resultados**

A inserção da pesquisadora no grupo de trabalho, dialogando, ampliando consensos e desenvolvendo abordagens aos

grupos vulneráveis constituiu-se por estranhamentos e enfrentamentos, não apenas no ponto de vista da organização de ações estratégicas, mas também no coletivo municipal, ao lidar com tensionamentos teórico-práticos sobre questões identitárias de tolerância à diversidade e reconhecimento e respeito às diferenças.

Aceitaram o convite de participar do estudo seis integrantes do GT da Equidade do município de Cachoeirinha. Eram profissionais das áreas do serviço social, psicologia, enfermagem, nutrição e ciências sociais.

As participantes do estudo têm entre 23 e 53 anos de idade, sendo que duas se autodeclararam da cor negra e quatro da cor branca, todas residentes na região urbana de Cachoeirinha e do sexo feminino.

Quanto à escolaridade, uma é graduanda em psicologia. As demais têm formação de nível superior, sendo uma destas, doutoranda. Quando perguntadas sobre sua orientação sexual, cinco se declararam heterossexuais e uma lésbica. Referente à representação no GT da Equidade, quatro são servidoras municipais da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha, completando de 8 a 22 anos de trabalho no Município. As outras duas têm vínculo acadêmico.

Quando solicitadas a comentar sobre suas motivações da participação no GT da Equidade e as compreensões sobre o controle social na saúde e sua relevância, as participantes do estudo trouxeram demandas relacionadas aos serviços de saúde onde

atuam, considerando identificação pessoal, pertencimento a grupos de vulnerabilidade social e questões da aplicabilidade de políticas de Equidade inexistentes no município:

*A questão da demanda do serviço e uma identificação minha enquanto GT, voltado para uma população específica que eu já trabalhava, enfim, gostar de fato desses movimentos. (I1)*

*O que motivou a participar é que todas essas temáticas da questão da população negra e LGBT dentro do município, elas não têm ainda visibilidade e não tem política implementada, questão de trabalhar com os servidores, fazer com que os servidores entendessem essas questões de compreender-se melhor a importância de ter essas políticas implementadas da questão de raça, cor, a questão de orientação sexual e principalmente fazer com que essa população tenha acesso e acesso de qualidade dentro dos serviços de saúde e que a gente possa mudar um pouquinho não, mudar bastante a questão de acolhimento dentro dos serviços. (I2)*

*Por ser uma pessoa LGBT eu achei que poderia contribuir porque já estudo um pouco sobre a diversidade sexual e de gênero tem um tempo e porque no município as políticas tanto LGBT e negras, elas não estão sendo executadas. (I3)*

*Motivou essa questão de fazer alguma coisa diferente que realmente fosse implementada sobre as questões de equidade, as questões de promoção da saúde. (I4)*

*Na verdade, foram as várias tentativas de governos anteriores com a implementação das políticas, principalmente durante muito tempo, estive na militância para que a política da população negra, fosse implantada no município. (I5)*

*Foi apoio ao grupo motivado por questões do setor de onde eu trabalho. (I6)*

Ao serem questionadas sobre o que é importante para que o controle social em saúde funcione bem, houve menção a importância da participação social:

*Será que alguém aqui já foi numa conferência municipal ou conhece seu conselho municipal de saúde, ou conhece a parte do que funciona nos bairros, conhece algum conselheiro? (I1)*

Também foi trazida a necessidade de uma gestão municipal participativa:

*Uma gestão participativa, uma gestão que compreenda realmente o Sistema Único de Saúde e que perceba a importância do controle social, da articulação, da comunicação entre as políticas e internamente e externamente. (I2)*

No entanto, foram evidenciados aspectos das políticas públicas do SUS para o fortalecimento dos movimentos institucionais à Equidade:

*As pessoas não têm ideia da dimensão do SUS, do que é o SUS. Então, é muito uma questão de empoderamento das usuárias, dos usuários do que é o SUS e dos direitos e deveres das pessoas em relação ao serviço e acaba que, meio que os trabalhadores e as trabalhadoras tenham o papel desse empoderamento também. (13)*

*A pessoa ter noção do que é da população, ter noção do direito dela e poder mais efetivamente sobre isso. Se a sociedade tivesse esse conhecimento do que eu posso e realmente e fosse atrás, conseguiríamos bem mais do que a gente consegue. (14)*

*O fortalecimento da população através da compreensão do que é o sistema de saúde e a informação para a população de quais são os seus direitos e seus deveres. (15)*

Sobre isso, foi sugerido que:

*Deve ser feita essa conscientização das pessoas sobre o que é o SUS, porque tem muita questão também de que as pessoas, a gente está atendendo e as pessoas agradecem o atendimento, como se a gente estivesse*

*fazendo um favor para elas, se não fosse nossa obrigação de estar prestando um bom atendimento. (I3)*

E mais, foram trazidas recomendações de organização do trabalho em saúde:

*Trabalho colaborativo em saúde e em redes de atenção. (I6)*

As integrantes do GT também reportaram os principais êxitos e realizações vivenciadas ao atuar na participação e controle social em saúde no município de Cachoeirinha. Sobre os êxitos foram trazidas as atividades de educação permanente e educação em saúde na comunidade:

*O primeiro seminário que fizemos foi o Zero Discriminação que é o conceito da UNAIDS que fala da questão do estigma e discriminação de qualquer raça, credo, estado sorológico. Fomos o primeiro município que fez implementação no Brasil do conceito de Zero Discriminação, à gente viu que era possível, que não é muitas vezes necessário só o dinheiro, e sim as parcerias que tu tens e como tu trabalha para equipe e para os servidores do município. Outro êxito foi a implementação das políticas de equidade no município, presente nas formações para os trabalhadores, é estar presente não só na formação, mas na implementação da linha de cuidado, na rodada de monitoramento,*



*fazer com que os trabalhadores saibam que essa política existe. (11)*

*As capacitações das equipes, estamos conseguindo mostrar para os trabalhadores e para a comunidade o quanto é importante o acolhimento da pessoa vivendo com HIV. A articulação dentro das unidades de saúde, o reconhecimento como um GTI, como uma prática exitosa com a UNAIDS, reconhecimento dentro do município e fora, é sinal de que o nosso trabalho realmente está valendo a pena, a gente está conseguindo atingir os nossos objetivos. (12)*

*A gente faz capacitações com os servidores e servidoras aqui do município e nós estamos sendo convidadas a fazer mais capacitações, então acho que é um reconhecimento à nível de gestão da importância desse trabalho. Fizemos ano passado um curso de multiplicadores da saúde população negra que houve adesão de pessoas não só dos servidores do município, mas público externo. Esse próprio curso está no site da Fiocruz que foi selecionado como uma experiência exitosa, a qual apresentamos no COSEMS, sendo reconhecidas pela experiência exitosa em HIV/AIDS. (13)*

Também houve menção à importância do GT na implementação da política da Equidade e institucionalização por meio de portaria:

*Destaco a implementação da linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV, onde trabalhamos questões de estigma, de discriminação, de entendimento deste diagnóstico. A articulação dentro das unidades de saúde, o reconhecimento do GT como uma prática exitosa com a UNAIDS, o reconhecimento dentro do município e fora, são sinais de que o nosso trabalho realmente está valendo a pena, a gente está conseguindo atingir os nossos objetivos. (I2)*

*Para mim, é notório o trabalho do GT constituído a partir de um decreto. (I4)*

As participantes do estudo reconheceram, em sua atuação, êxitos que decorreram em visibilidade nacional, considerando a integração ensino/serviço e as práticas inclusivas à Equidade:

*Nossa visibilidade frente a FIOCRUZ, de Brasília, como experiência também para o atendimento aos objetivos de desenvolvimento do milênio esperados para 2030 e a nossa inserção na comunidade acadêmica e frente aos servidores enquanto uma frente de persistência para que esse tema seja abordado aqui no município. (I5)*

*As capacitações que são realizadas são uma forma de preparar os profissionais para o atendimento daquela população que normalmente não procura por atendimento ou não usufrui de seus direitos de saúde. Por exemplo, com as campanhas que são realizadas pelos*

*serviços de saúde, na secretaria de saúde, esta população pode ser beneficiada e conhecer os serviços ofertados.*

**(16)**

Quando perguntadas sobre as principais dificuldades enfrentadas nos espaços de participação e controle social em saúde, foram excertos de falas das participantes do estudo a precariedade dos movimentos da comunidade e institucionais no campo das políticas públicas da Equidade:

*O desconhecimento, a questão da resistência das pessoas, receios, muitas vezes temem porque vai consumir tempo, porque não sabem, não se sentem capacitadas, é que faz isso a própria invisibilidade, não entenderam que o controle social é muito forte quando bem feito. (11)*

*É a questão da participação em si no grupo, que a gente não conseguiu ainda ter uma presença constante dos representantes, ela está muito oscilante dificuldade da gestão mesmo, da saúde, de entendimento de que o controle social é necessário e ele é um articulador de políticas tanto dentro da sociedade civil quanto da pública. (12)*

*Fazer com que as pessoas vejam a importância e de estar mudando a sua prática no dia a dia, porque querendo ou não é mudar certas ideologias da pessoa minimamente e se a gente não mudar. (13)*

*É com as gestões e como a gente consegue levar isso, à gente tem que fazer mil desvios para conseguir chegar no que quer e é nisso que a gente está ficando expert.*  
**(14)**

*Na verdade, os espaços de saúde de controle social do município, eles são muito manipulados, falta treinamento, falta capacitação, falta um papel de cada conselheiro sobre qual é a função dele enquanto membro do controle social. Tem pessoas vinculadas a interesses políticos e não aos interesses da população.*  
**(15)**

*Enfrentamento da questão do preconceito.* **(16)**

Quando instigadas a refletir sobre o papel e a importância da representação social na atualidade, no município de Cachoeirinha, as participantes do estudo trouxeram vivências e saberes respaldados na literatura, especificamente quanto a sua representatividade nos conselhos de saúde:

*Os conselhos de saúde são estratégicos, porque nós vivemos numa fase que está urgindo que pessoas se façam presentes nesse processo, que a gente conheça, compre essa ideia, que garanta o acontecimento das conferências, que é uma das grandes conquistas do Sistema Único de Saúde.* **(11)**

*Acho que é um espaço onde a gente pode estar debatendo e construindo, melhorando a política de saúde, acho que é um espaço onde a gente é privilegiada, onde tem vários representantes onde a gente pode estar realmente construindo uma política mais eficaz, mais de qualidade, buscando o real objetivo de atender a população, de buscar alternativas para atender a população. (12)*

*É um espaço de muita potência só que eles não são usados de forma efetiva, não tem uma adesão por vários segmentos e que não é usado de uma forma efetiva, mas seria uma grande potência se tivesse aderência a nível social mesmo. (13)*

*Eles seriam muito importantes se eles fossem mais efetivos né? Acho que vezes eles conseguem depender de quem está nesses conselhos e às vezes eles teriam um papel muito importante de controle. (14)*

*A população precisa reconhecer o seu papel enquanto usuário do sistema e as pessoas desacatam, as pessoas brigam, as pessoas xingam né? e as pessoas não sabem o que é ouvidoria, as pessoas não sabem o que é um conselho de saúde. Eu acredito que está faltando justamente isso, as pessoas reconhecerem quais são os fóruns legais para a exigência dos seus direitos e não se contentarem com troca de favores, com moedas de troca a fim de conseguir o que é necessário naquele momento em relação a seus direitos de saúde. (15)*

*A questão política tem uma influência muito grande, deve estar atrapalhando muito, se ela está atrapalhando hoje até mais na ponta né? Hoje a gente está sofrendo muito mais essa interferência política, eu imagino que dentro dos conselhos muito mais ainda por ter essa participação. (I6)*

Todavia, as participantes também trouxeram opiniões que detêm quanto ao papel e a importância das conferências de saúde:

*Ela nunca foi tão necessária, porque a gente vê em um processo de venda da ideia de que o SUS, não é suficiente, de que o SUS é ineficaz e que o SUS não atende as pessoas, todo esse, na verdade parte de fake News, parte de coisas muito distorcidas de dismantelar esse nosso sistema, a gente sabe que nós enquanto estudantes, enquanto acadêmicos, sabemos que nunca foi um sistema 100% financiado, mas a gente também sabe que nunca foi tão despotencializado, nunca foi retirado tanta coisa, nunca foi retirada tanta verba, nunca foi fechado tanto espaço, nunca foi tão fomentado o descrédito, então as conferências são momentos de se pensar o que a gente está fazendo de certo ou errado, do que a gente precisa incorporar para ser ineficaz e ser potente de trabalhar com sistema de saúde realmente resolutivo e que faça o seu papel na vida do cidadão brasileiro (I1)*

*Um espaço onde se consegue construir as políticas*

*e onde a população pode estar dando sua opinião, mostrando, trazendo as suas reais necessidades, é um espaço privilegiado para a gente realmente ouvir a população, o cidadão em que as políticas públicas têm que avançar. (12)*

*Espaço que acaba sendo de bastante resistência assim para o SUS, as pessoas estarem em contato, estarem debatendo certos assuntos, estarem trazendo certas pautas a tona, então elas são bem importantes para que o SUS ainda se mantenha e as pessoas se articulem para tratar, continuar repensando sistemas e trazendo propostas, estarem pensando sobre. (13)*

*As conferências constituíram o nosso SUS, constituíram todas as questões básicas que a gente tem hoje da saúde, mas eu não tenho visto muita efetividade hoje em dia nisso. Essas nossas questões de equidade vêm já partindo das conferências. (14)*

*A própria oitava conferência foi um marco, mas vejo que de lá pra cá, eu comecei a ser estudante na década de 90 na área da saúde, mas eu percebo que de lá pra cá parece que aquele movimento de força da sociedade, das mulheres, das donas de casa se perdeu um pouco, acho que a gente tem que recuperar essa capacidade de luta né? de exigência dos seus direitos. (15)*

*Não sei te dizer por que eu não participo das conferências de saúde há bastante tempo. (16)*

Na atuação no controle social, as integrantes do grupo de trabalho da Equidade comentaram o que faziam quando suas demandas não eram atendidas pelo poder público:

*Enquanto grupo a nossa própria existência já é uma demanda que a gente fez o poder público e que foi atendida, de ser conseguido a sua existência via a um decreto, mas é muito também negociação, pleitear, pensar estratégia, bah não deu desse jeito, então vamos pensar do jeito C. (I1)*

*Quando a gente não consegue atingir dentro do poder público, a gente tenciona articulando outros atores, principalmente a questão da sociedade civil, a universidade também. (I2)*

*Um ponto é que o grupo, por exemplo, ele é interinstitucional, então a gente tem outras participações que não dependem estritamente do poder público, tentamos outras possibilidades além, se consegue muita coisa a nível de prefeitura por exemplo, então tem isso de que o grupo não depende entre outras apenas do poder público. (I3)*

*Vamos achando desvios, e entrando em brechas que possa estar fazendo de alguma coisa. À maior parte das vezes as demandas são atendidas. É preciso ter um bom jogo de cintura e vendo como que a gente pode entrar, de como implementar o que queremos, às vezes um caminho muito mais longo que poderia*



*ser muito mais fácil da gente chegar lá e fazer, mas a gente tem que fazer uma volta muito maior por causa da gestão pública, mas a gente consegue, desistir jamais. (14)*

*Nós criamos um GT porque enquanto eles não nos atendiam, cada um de um lado sozinho tentando construir algo, a gente não conseguiu então agora a gente se juntou num grupo e a gente tem feito. (15)*

*O que busca são outras alternativas e outras linhas de trabalho, mas não desistir, normalmente busca de uma outra forma, ou tem outros caminhos ou outras demandas até, mas eu pelo menos vejo o grupo dessa forma assim, se nesse momento isto não se consegue então deixa lá e daqui a pouco tenta de novo. (16)*

Trata-se de uma questão política que requereu conhecer como estas profissionais e estudantes da saúde que integram o grupo de trabalho da Equidade exercem a interlocução com o governo!

*Eu entendo que a própria existência do grupo já é uma forma de pressionar o governo porque sabem que tem pessoas que estão ali pensando e olhando e executando uma política, fazer formação, seminários, rodas de conversa para coletar informação da população de como ela existe, fomentar dados para pressionar. (11)*

*Mostrando a os dados, principalmente na questão de dados em relação a essas políticas que nós estamos tentando implementar. (I2)*

*Com políticas do HIV/AIDS e relembrando de que se tem a agenda do Zero Discriminação, que a gente tem que cumprir com certas coisas no município, nessa via a gente acaba conseguindo. (I3)*

*Não é nem pressionar, porque muitas vezes se à gente pressiona, a gente só quebra a cara e não consegue. Então é ver qual é os buraquinhos no muro que tem para gente entrar e entrando e fazendo um caminho às vezes como disse bem maior, mas conseguindo fazer alguma coisa, pressionar é a pior coisa porque tu entra em embate e tu não consegues fazer nada. (I4)*

*A gente não pressiona, a gente tem trabalhado com educação permanente, a gente tem trabalhado com reflexões né? estratégias de diálogo entre os colegas. Acho que não adianta pressionar tem é que mostrar para as pessoas quais são os direitos e os deveres delas (I5)*

*Na verdade, eu acho que o grupo, por si só, já pressiona. (I6)*

Quando perguntadas sobre o que achavam que deveria mudar na forma de participação e controle social em funciona-

mento no SUS, foram trazidas estratégias de superação à inófia das ideologias e políticas conservadoras no município:

*Temos que começar a pensar em como chegar nas pessoas mais jovens. Não é opcional, enquanto profissional tu faz parte dessa estrutura, então acho que nós temos que de fato é saber o que é um conselho de saúde, vivenciar esse conselho de saúde, os conselheiros, fazer com que eles estejam mais próximos da academia para mostrar que isso sim é possível e que é importante a participação, então na verdade é que nós temos que deixar mais contemporâneo, porque ainda está muito distante e assim a gente vê pessoas jovens dentro da conferência, mas ainda não como deveria ser, a gente ainda, nós estamos numa fase que o pessoal que constitui o SUS já está se aposentando, são pessoas mais idosas que estão falecendo, Então nós temos é que preparar a geração que vai suceder eles, claro, nós enquanto jovens estamos nesse papel de transição, mas a gente tem que chegar neles ainda mais jovens, né? porque a gente sabe por exemplo que é dado, o jovem, o adolescente não entende o serviço de saúde no Brasil como um lugar de confiança para buscar informação de saúde, então isso é muito grave, porque se ele não está chegando para a gente depois da infância, ele vai chegar para a gente quando? Quando ele estiver adoecido por AIDS ou quando a menina estiver gestante, por que muitas vezes eles procuram o serviço de saúde na adolescência para quê? (11)*

*Eu acho que a população teve um tempo onde ela participava muito ativamente, a sociedade civil participava mais efetivamente do controle social, do controle do funcionamento do SUS, acho que teve uma retirada, as pessoas se afastaram disso, eu acho que isso tem que voltar. A população tem que entender que, acho que temos que fazer ações, criar estratégias de mostrar, o quanto o SUS é importante e é um dos planos de saúde, um dos melhores, e que funciona, o que realmente falta quando não funciona, é um problema de gestão, acho que é por aí, a gente tem que tencionar a gestão para o funcionamento do SUS. (12)*

*É preciso uma fiscalização de que certas políticas estão sendo realizadas nos municípios, por que a política da população negra tem desde 2006, a política da população LGBT desde 2013 e não estavam sendo aplicadas e a gente como grupo está tentando fazer um trabalho nesse sentido, até então não estavam sendo aplicadas no município e não tem nenhuma fiscalização sobre né? Então acho que existem muitas propostas que são muito importantes que tenta reforçar esse princípio da equidade do sistema que não são fiscalizados, estão sendo exercidos, então não sei se criar outras políticas, mas acho que reforçar de que existem e de que estejam sendo exercidas de início acho que isso para estar pensando em outras possibilidades. (13)*

*Acho que teria que ter uma conscientização maior, muito que às vezes a gente pensa, um pouquinho que a gente possa fazer não vai mudar o mundo, mas à questão do GT estar discutindo esses assuntos é isso, poder começar a conscientizar sobre os direitos que se tem. Então acho que teria que ser um trabalho muito maior, não vejo a curto prazo uma modificação desse controle, alguma coisa que faça uma modificação mesmo. (14)*

*As pessoas entenderem que o SUS é patrimônio deste país né, não é um convênio de saúde, não é uma clínica popular que tu paga preços acessíveis que tu vai dizer que tu tem saúde, tu tem que ir em busca da luta, da permanência do sistema esse que é universal e que vai oferecer assistência integral, não adianta tu achar que no imediatismo que tu vai resolver teu problema de saúde, sem pensar que mais adiante tu pode precisar de um nível mais complexo de assistência e que aquele teu convênio provavelmente, aquela clínica popular com preços acessíveis não vai te dar isso. (15)*

*Acho que é consciência política, não especificamente de político, mas política da população da convivência em grupo, eu acho que é conscientização, eu penso que o próprio sistema mesmo, nós enquanto grupo já fazemos isso, um pouco, um pedacinho desse trabalho, né de conscientizar, só que enquanto população como um todo eu acho que a gente muito estaque,*

*muito parado e isso abre uma brecha enorme para política partidária mesmo, pelo povo não ser estruturado, não ser organizado. (16)*

Considerações adicionais importantes foram trazidas a partir da própria participação do grupo de trabalho da Equidade, bem como críticas e sugestões sobre a participação neste grupo que ratificam as compreensões sobre o controle social na saúde e sua relevância:

*O grupo é um movimento necessário, superimportante, pessoas que se reúnam com as suas diferenças e que façam isso, enfim, se tornar forte, ser diferente, ser algo forte, ser algo potente, acho que é a questão toda é buscar expandir, buscar se fortalecer para garantir continuidade deste trabalho porque a gente só cuida daquilo que conhece e aí isso é pra Sistema Único de Saúde, isso são para nossas políticas, isso é para o grupo, isso é para vida, então que a gente consiga de fato estar mais perto do controle social, potencializar o controle social enquanto profissionais, enquanto conhecedores dessa realidade, a gente só vai conseguir enfrentar o que a gente vive hoje em grupo. (11)*

*temos muito que evoluir ainda, eu acho que o próprio grupo também tem que criar mais estratégias de visibilidade e uma das questões que a gente às vezes avança ou pouquinho e daqui a pouco retrocede e é a questão da participação da sociedade civil neste gru-*

po, que eu acho que a gente precisa ampliar, hoje ele está muito restrito a participação dos servidor público, acho que nesse sentido nós precisamos achar uma estratégia para que a gente evolua na participação da sociedade civil neste grupo, que isso que vai fazer fortalecer a busca realmente da implementação das políticas dentro do município. **(I2)**

acho que a gente vai ter que pensar como a gente vai fazer para que mais pessoas acreditem e queiram trabalhar de forma efetiva no grupo para que ele continue existindo e não só aqui da saúde, mas de outros lugares como a proposta do grupo é ser interinstitucional, de estar ligando as pessoas ao grupo. **(I3)**

uma gotinha num monte de várias outras coisas que a gente tinha que fazer. Quando a gente traz essa questão da discussão, é uma tentativa de que as pessoas possam pensar mais sobre essas coisas e ter um controle sobre essas coisas. Tem uma fala que sempre digo: eu sou servidora pública, eu sou paga pela população e o meu patrão é a população, só que as pessoas não têm essa noção, as pessoas vêm muitas vezes o serviço público, o SUS como essa coisa mesmo de chegar lá e eu vou ficar quietinha, não vou reclamar de nada porque senão eu vou perder. Então isso é uma fala muito recorrente, então se as pessoas comessem a se conscientizar mais de quanto elas têm o controle nas suas mãos e de quanto poderia ser mudado seria muito importante para a gente ter este caminho. **(I4)**

*Eu desejo assim de verdade de que as pessoas que estão no GT estejam presentes no GT, a gente muitas vezes percebe que as pessoas entram e não persistem, então a gente está num momento nesse país que as pessoas precisam de fato acreditar porque elas lutam por determinadas coisas e não ficar esperando que as coisas cheguem até elas, elas tem que ir em busca de algo, elas precisam ter um objetivo e esse micro espaços é o momento de a gente pensar, refletir, se articular com todos. (I5)*

*Eu só poderia mesmo é parabenizar, eu acho que dentro do que a gente tem hoje, eu acho que ainda é um grupo muito heroico, está conseguindo se manter. (I6)*

## **Discussão**

Os encontros do GT da Equidade, além de terem proporcionado o contato com os conteúdos nos quais os participantes do estudo estavam imersos, permitiram a interação do grupo entre si, bem como fomentaram práticas profissionais e diálogos relativo às inovações produzidas nesse processo, em termos de democratização das políticas públicas da Equidade e do sistema de saúde e às formas de participação da sociedade, detalhando como se dava o processo participativo no desenvolvimento do GT, considerando ideias, atores, mecanismos e dinâmicas participativas e, principalmente, a reflexão acerca dos princípios orientadores da gestão da clínica nos espaços de produção de saúde.



Explorar estratégias do GT em relação ao fortalecimento da participação social com servidores municipais e comunidade em geral permitiu aprofundar conceitos e arranjos coletivos da compreensão sobre controle social na saúde e sua relevância no município de Cachoeirinha, RS, Brasil. Como decorrência, aprofundaram-se aspectos das políticas públicas do SUS para o fortalecimento dos movimentos institucionais à Equidade no município, a importância da integração ensino/serviço e as práticas inclusivas à Equidade nas atividades que ali realizavam. Além disso, mostrou o papel e a importância da representação social que os atores sociais do GT da Equidade detêm na atualidade e, principalmente, houve indicações de estratégias de superação à inóxia das ideologias e políticas conservadoras que ainda pairam no município como possibilidades de mudança.

Referente às motivações dos atores sociais à compreensão das práticas voltadas ao atendimento das demandas de saúde no GT da Equidade, estas se centraram no modo como se dava a participação popular nos diferentes espaços, inclusive, alguns deles identificando-se como população negra ou LGBT. Estudo de Ferreira *et. al.* (2019) corrobora com este resultado, destacando a motivação como importante ferramenta para a boa prática profissional na atenção à saúde. Com a promoção de estímulos psicológicos, promove um alicerce na prática rotineira dos trabalhadores da saúde, auxiliando e incentivando a autonomia e o conhecimento pessoal à discussão das políticas de Equidade, visando melhorar e/ou resolver problemas.

Quanto aos aspectos das políticas públicas do SUS para o fortalecimento dos movimentos institucionais à Equidade, a Atenção Básica (AB) de Cachoeirinha ocupou papel estratégico para garantir a ampliação da assistência às populações vulneráveis. E, ao imprimir um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo da população negra e LGBT, trouxe às participantes do GT da Equidade informações que poderiam minimizar problemas complexos, agudos ou mesmo crônicos da população. O sinergismo que veio das participantes do estudo trabalhando no GT com atitude produtiva auxiliou na manutenção do entusiasmo e apoio mesmo em momentos considerados muito difíceis para elas, reconhecendo a importância e o direito das populações vulneráveis em manterem-se saudáveis. Silva *et al.* (2018) destacam que a implantação de grupos de trabalho de combate ao racismo colabora sobremaneira para a desconstrução de estereótipos e de preconceitos relacionados às populações negras. Em seu estudo, remetem à importância do conhecimento e respeito aos valores, costumes, crenças e religiosidade para uma efetiva inclusão social nos espaços de poder e em postos de comando, contribuindo com a emancipação social, o empoderamento e consequentemente equidade social.

Integrar o GT da Equidade fez com que as participantes do estudo discutissem as dimensões biopsicossociais para a efetiva implantação das políticas de Equidade no cuidado dos indivíduos, famílias e populações negras e LGBT, com novos modos de agir e de interagir a fim de responder às suas necessidades de saúde em suas diferentes dimensões. Um fundamento para a re-

organização do processo de trabalho no âmbito do GT para uma abordagem integral, equitativa e resolutiva.

No estudo destacaram-se a integração ensino/serviço e as práticas inclusivas à Equidade como conceitos coletivos do município. Cachoeirinha foi o primeiro município do Rio Grande do Sul a implementar o conceito de Zero Discriminação. Seu primeiro seminário Zero Discriminação aconteceu na Faculdade Cesuca, debatendo as questões de estigma e discriminação racial, credo e estado sorológico, contemplando melhorias nos processos de trabalho locais e, conseqüentemente, na atenção à saúde das populações vulneráveis. Com isto, as políticas de Equidade tornaram-se uma realidade no trabalho e na formação em serviço, com implementação da linha de cuidado na rodada de monitoramento, fazendo com que os trabalhadores compreendessem o significado dessa política.

Sobre o papel e a importância da representação social na atualidade, no município de Cachoeirinha/RS, nos espaços da saúde mostrou-se necessária à efetivação da gestão participativa. Conforme Silva e Nascimento (2019), isso faz com que as pessoas vejam a importância e os resultados da mudança em sua prática no dia a dia, porque querendo ou não, é mudar certas ideologias das pessoas minimamente. Sem mudanças tudo ficará inerte.

A assimetria de conhecimentos de usuários em relação aos gestores e trabalhadores interfere na participação social mais ativa e propositiva da população à efetivação das políticas da Equidade, fragilizando o controle social que deveria ser participativo,

no qual os usuários deveriam ocupar a significativa parcela de 50%. O desconhecimento pelos usuários da dimensão, organização e preceitos do SUS, dos direitos e deveres, com falta de empoderamento, é um problema que foi identificado no estudo, sendo necessárias ações de investimento à sua conscientização. Este processo deve incorporar abordagens da competência de todos, desde a participação e corresponsabilização dos profissionais pelas metas e processos de trabalho até o engajamento de todos, profissionais e usuários, unindo esforços consistentes e preparados para as transformações emergentes que fortaleçam a qualidade dos serviços prestados à população negra e LGBT, para um sistema factível e potente de trabalhar, resolutivo e que faça o seu papel na vida do cidadão cachoeirense.

Êxitos e lacunas na participação e controle social em saúde também foram detalhados quanto à integração ensino/serviço, formação, gestão setorial e desenvolvimento institucional, culminando com indicação de estratégias de superação à inópia das ideologias e políticas conservadoras.

Foram manifestas preocupações para que espaços políticos do controle social municipal não sejam manipulados, considerando a falta preparo, por exemplo, dos conselheiros sobre o seu real papel nessa instância. Para os participantes do estudo, tendências aos interesses políticos e não aos interesses da população vulnerável precisam ser denunciadas para que mudanças necessárias aconteçam, sendo preciso contar com trabalhadores e gestores comprometidos, interessados no trabalho. E que a Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha invista em desenvolvimento de habilidades e educação em serviço, de forma

a estimular a participação, a inovação e a criatividade nos profissionais, capacitando as equipes, para que repliquem uma atuação competente e inclusiva.

É nessa ideia que a educação permanente vem sendo adotada no setor saúde, visando repensar metodologias e políticas que possibilitem mudanças nos comportamentos e condutas, a partir da integração e estruturação do conhecimento, resultando em novas maneiras de pensar: um fenômeno social, multiprofissional, colaborativo e coletivo, necessário para o desenvolvimento do trabalho em saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Os pressupostos que sustentam a importância do GT da Equidade estão afirmados em políticas públicas legisladas em conformidade com os princípios do SUS. A partir de referenciais como o trabalho vivo em ato (MEHRY, 2002) e do aprendizado acerca das relações de poder imbricadas no trabalho em saúde, produziram-se reflexões a respeito da construção do trabalho cotidiano que permitiram uma visão mais apurada perante as relações entre trabalhadores e usuários. Nos espaços de atuação em que os atores do SUS estiveram envolvidos, com distintos vínculos empregatícios, nem todos tinham experiência no campo da saúde. No entanto, integravam as micropolíticas da organização e governaram de acordo com o grau de liberdade que tinham para o agir cotidiano (MEHRY; FRANCO, 2003).

No Brasil, e em Cachoeirinha, a EP em Saúde se apresenta como uma proposta de ação estratégica do SUS para o desenvolvimento dos profissionais de saúde nos serviços. Nessa

vertente, a aprendizagem se processa a partir da realidade vivida no trabalho e tem potencial para a transformação das práticas em saúde (CAMPOS; MARQUES; SILVA, 2018). Como as políticas de Equidade em saúde visam garantir o acesso à saúde com qualidade para as populações em vulnerabilidade, tais políticas se baseiam em superar as diferenças, sendo necessário tratar desigualmente aqueles que são socioeconomicamente desiguais. Essa oferta corresponderá às necessidades de determinado subconjunto da população e não será adequada para outros, seja por razões culturais ou socioeconômicas. (RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011).

O GT da Equidade de Cachoeirinha é interdisciplinar e trabalha com a Política de Promoção da Equidade, implementando e monitorando ações que defendam aos interesses da Equidade, investindo em ações articuladas e integradas, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos grupos vulneráveis. A intenção é contribuir para a formação integral e ao enfrentamento das vulnerabilidades ao implementar as políticas de promoção da Equidade, além de identificar as necessidades da população Negra, LGBT, em Situação de Rua e demais grupos vulneráveis, com o intuito de promover a inclusão desta política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e demandas locais. E, ao estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da gestão e do impacto da política de promoção da Equidade na esfera municipal do SUS, articula com outros setores de políticas sociais e instituições governamentais, o processo de melhoria das condições de vida da população.

O incentivo à participação social de representantes de movimentos sociais no ensino superior é abordado em Rocha, Souza e Cavadinha (2019), detalhando sobre equidade, acesso e permanência de determinados grupos populacionais nas instituições de ensino. Para os autores, discutir a equidade em saúde desde a formação dos trabalhadores emerge como estratégia para retirar algumas políticas da marginalidade e implementá-las de fato a partir da integração ensino-serviço-comunidade. Depreende-se, então, que é importante o diálogo com as diversas áreas do conhecimento para ampliar a discussão sobre políticas públicas que minimizem as iniquidades em saúde. Reconhecer a centralidade do debate sobre equidade constitui-se em possibilidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem na atualidade. Para Silva *et al.* (2018), a transformação é da competência de todos, sendo a participação fundamental na corresponsabilização pelas metas e processos de trabalho com o engajamento de todos, unindo esforços consistentes e preparados para as transformações emergentes que fortaleçam a qualidade dos serviços prestados à população, ocupando um grande e significativo espaço na construção de mecanismos em prol do sucesso à Equidade no município de Cachoeirinha/RS.

Para Oliveira e Freitas (2017), o *déficit* no atendimento à saúde de determinadas populações pelo sistema público, é observado pelo pouco investimento na área da saúde. Além disso, também existem problemas relacionados à má gestão na distribuição dos recursos pelo governo federal, já que alguns estados recebem mais verbas que outros para serem aplicadas na área saúde. Do mesmo modo, destaca Garbois, Sodr e e Dalbello-A-

raujo (2014), que a Organização Mundial de Saúde vem incentivando políticas de combate às iniquidades sociais em conjunturas político-econômicas específicas de caráter pós-neoliberal e de progressiva formação de mercados integrados nos quais os interesses de expansão do capital se situam nas entrelinhas dos objetivos de promoção à justiça social.

E, mesmo com esses problemas, a Lei nº 8.080/1990 e o SUS representam um marco na história da saúde brasileira, contribuindo no avanço da saúde pública. O SUS representa um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, sendo o Brasil um dos poucos países a oferecer saúde gratuita para a população. Ressalta-se a importância dos gestores nacionais em investir mais na área da saúde, de forma equânime, e aos gestores estaduais e municipais aplicarem melhor os recursos destinados à saúde, para que assim o sistema de saúde seja, de fato, universal, integral e igual para todos, como está previsto na lei.

## **Considerações Finais**

O debate acadêmico sobre o funcionamento e a efetividade dos arranjos participativos no Grupo de Trabalho da Equidade, no fortalecimento da democracia e na qualificação das políticas públicas da Equidade no município de Cachoeirinha/RS, trouxeram à tona a importância do controle social na saúde e sua relevância quanto os aspectos das políticas públicas do SUS para o fortalecimento dos movimentos institucionais à Equidade. Destacaram, igualmente, a integração ensino/serviço e as práticas inclusivas à Equidade, o papel e a importância da representação



social na atualidade e as estratégias de superação à inóxia das ideologias e políticas conservadoras como promotoras de mudança.

Sem dúvida, o estudo levou ao aprofundamento de conceitos coletivos, discutidos à luz teórica, explorando estratégias em relação à participação dos usuários e dos trabalhadores na materialização de estratégias para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a política da Equidade proposta pelo Grupo de Trabalho da Equidade.

O estudo contribui com conhecimento sobre detalhes do trabalho coletivo, em que o empenho e a integração das pessoas, mesmo em meio às dificuldades e entraves políticos que ocorreram no percurso dos encontros, manteve-se aposto e comprometido com seu propósito. A inovação do Grupo de Trabalho foi o empenho e a importância dada à participação social com ações elaboradas, trazendo contribuições à pesquisa, ao ensino e à saúde, com documentos elaborados pelo grupo, que se dedicou a divulgar sua atuação por meio de apresentação de trabalhos em congressos, falas em seminários de grande importância, auxiliando a gestão em saúde do município, ampliando a visão de gestores sobre as necessidades de saúde da população, baseado nas diretrizes do SUS e com o aporte de servidores e da academia, com pessoas capacitadas e estratégicas para as ações de saúde pretendidas para Cachoeirinha.

Por fim, apesar dos diálogos e ações do Grupo de Trabalho da Equidade colaborarem para a reflexão e disseminação

dos princípios orientadores da gestão da clínica nos espaços de produção de saúde, se não forem superadas as fragilidades institucionais que permeiam o desenvolvimento da política da Equidade no município, ela corre o risco de se constituir apenas em mais uma ação pontual, ao invés de provocar mudanças na visão dos profissionais da saúde e dos usuários, instigando nestes o desejo de promover melhorias nos processos de trabalho em saúde às populações vulneráveis como um direito assegurado pela Lei 8.080 e pela Constituição Federal do Brasil. Certamente esses processos envolvem questões político-ideológicas à implantação da política da Equidade e disputam recursos com inúmeras iniciativas de cunho universalista em Cachoeirinha/RS, o que, por questões orçamentárias e de força de trabalho, pode auxiliar ou inibir o acesso e a qualidade do cuidado prestado às populações vulneráveis.

## **Referências**

AITH, F.; SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, São Paulo, n.107, p.43-54, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-

46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

CAMPOS, K. F. C., MARQUES, R. C., SILVA, K. L. Educação permanente: discursos dos profissionais de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, n. 4, e20180172, 2018.

CASSIANI, S.H.B.; CALIRI, M.H.L.; PELA, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CÔRTEZ, S.V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. *In*: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FERREIRA, F. *et al.* Participação do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem no Conselho Municipal de Saúde: relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 1, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2019. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497958150003>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

FIGUEIREDO, E.B.L. *et al.* Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev Bras Enferm** [Internet], Ribeirão Preto, n. 71, v. Suppl. 4, p. 1768-73, 2018. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001768&Ing=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001768&Ing=pt.)> Acesso em: 23 ago. 2019.

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014.

LEITE, J.L. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: possibilidade para a pesquisa qualitativa em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, n. 6, v. 3, p. v-vi, 2016.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, N. 65, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, M, R, O.; FREITAS, R.F. Análise crítica do artigo 2o da Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano. **Revista desenvolvimento social**, Universidade Estadual de Montes Claros, n. 21, v. 1, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa** - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <<https://goo.gl/awIW3D>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 2001. p.39-64.

POGREBINSCHI, T. Participação como Representação: Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Sociais Minoritários no Brasil. **Paper** apresentado no Encontro da Associação Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais. Caxambu. 2010.

RIZZOTTO, M.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-803, jul. /set. 2011.

ROCHA, D. G., SOUZA, D. H.; CAVADINHA, E. Equidade nos cursos de graduação em Saúde: marco legal, desafios políticos e metodológicos. **Interface** (Botucatu), n. 23, v. e180017, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180017>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

SILVA, K.R. *et al.* Trabalho em Equipe: reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. **Rev Med Minas Gerais**, n.28, v. supl 5, e-S280501, 2018.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Acesso em: 28 nov. 2019.





SEÇÃO III

**EDUCAÇÃO PERMANENTE  
E EQUIPES DE SAÚDE**





## Capítulo 11

# O APOIO INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO DE UMA EFETIVA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

*Roberta Pires Bazzo*

*Alexandre Fávero Bulgarelli*

### **Introdução**

O processo de educação permanente em saúde tem, no cerne da sua proposta, a aprendizagem no trabalho incorporado ao cotidiano das instituições como seu eixo norteador de práticas. Este processo de aprendizagem é respaldado pelo plano operativo para implementação da política nacional de educação permanente em saúde (BRASIL, 2017), bem como pelo arcabouço epistemológico das construções conceituais e teóricas sobre educação permanente. Tal arcabouço fundamenta as práticas e os processos de aprendizados dos trabalhadores da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) em muitos municípios brasileiros. Somado a este fato, tem-se que o desenvolvimento das práticas de educação permanente estrutura-se em ações e campos de aprendizado focados no ensino, na gestão, na

assistência em saúde bem como no controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). No escopo das ações focando a gestão como processo de aprendizagem, encontra-se o campo de atuação do apoiador institucional.

A ação do apoio institucional relaciona-se diretamente ao processo de educação permanente. Deste modo, apoio institucional e educação permanente são dois processos complementares e essenciais dentro de uma rede assistencial em saúde. Partindo deste pressuposto, o presente capítulo traz a experiência desta relação direta entre Educação Permanente e Apoio Institucional apresentando uma narrativa da experiência de uma apoiadora institucional em processo de educação permanente. Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar um panorama conceitual sobre os objetos em questão e em seguida apresentar o caso do município de Sapucaia do Sul/RS, frente a experiência vivenciada pelo apoio institucional no processo cotidiano de educação permanente das suas equipes de saúde, na perspectiva do próprio apoiador institucional.

## **A Educação Permanente em Saúde e o Apoio Institucional no SUS**

Nos anos de 1970 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vinha discutindo na América Latina processos de educação com caráter mais crítico e reflexivo. No setor saúde, o olhar volta-se sobre o cotidiano do trabalho, as vivências e as práticas dos sujeitos sociais, para que assim, construam-se novas possibilidades nos processos educacionais em saúde. Inspirado na linha

trazida pela OPAS, o Brasil teve afluída a discussão sobre um novo processo de formação dos profissionais com o movimento da Reforma Sanitária. Nas conferências nacionais de saúde que ocorreram entre os anos de 1986 e 1993, a pauta sobre a necessidade de mudança na formação mais próxima da realidade foi amplamente discutida. Outro marco importante para a consolidação da EPS no Brasil foi a criação no Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SG- TES), em 2003. A SGTES tinha como objetivo induzir e formular políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, bem como, implantar a política de educação permanente nos serviços de Saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

No ano de 2004 foi instituída a primeira Política de Educação Permanente no Brasil trazendo as premissas sobre esta perspectiva de prática de aprendizado no SUS. Em 2007, por meio da Portaria Ministerial nº 1996, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ganhou novas diretrizes e estratégias para implantação da política, considerando a Educação Permanente em Saúde (EPS) um eixo estratégico para a consolidação do SUS sendo responsabilidade do Ministério da Saúde fomentar programas e diretrizes para sua efetivação considerando as diferenças regionais (BRASIL, 2007).

Segundo a política, a educação permanente se dá pelo aprendizado no trabalho em que o aprender e o ensinar acontecem nas trocas do cotidiano das organizações e do trabalho. Ela se constitui através do enfrentados dos problemas e das vivências do dia-a-dia, levando em consideração os diversos conhe-

cimentos e experiências que as pessoas já possuem. A educação permanente em saúde tem como um dos objetivos principais a transformação das práticas profissionais, bem como a organização do trabalho com a finalidade de proporcionar o cuidado mais integral dos usuários (BRASIL, 2007).

A proposta da educação permanente está baseada na teoria do educador Paulo Freire, no qual propõe uma educação emancipadora e transformadora considerando a vivência de cada sujeito. Mesmo com a proposta de mudança do eixo de formação e educação das áreas da saúde, ainda se observa com grande frequência, uma marca expressiva dos modelos tradicionais centradas em capacitações técnico-científicas e por vezes descoladas da realidade dos serviços. Em locais em que se observam tais características o tipo de formação presente é a educação continuada, que está dirigida especialmente as organizações, aos indivíduos e as profissões em detrimento das práticas sociais (PEDUZZI et al, 2009). Segundo Peduzzi *et al.* (2009), a educação continuada orienta-se pela educação enquanto transmissão de conhecimento e treinamentos baseados nos contextos de cada sujeito individualmente.

Em contrapartida, a Educação Permanente em Saúde refere-se ao processo pedagógico que coloca em foco o cotidiano do trabalho e a partir dele a construção de processos reflexivos que possibilitem transformações e mudanças. Essa prática permeia os atores envolvidos, as organizações e as instituições a fim de provocar autoanálise, autogestão, implicação, experimentação, compromisso de mudança nos processos de formação dos pro-

fissionais e ruptura com modelos tradicionais pré-estabelecidos (CECCIM, 2005).

Conforme Miccas e Batista (2014), o primeiro passo para mudança dos processos é entender que as propostas devem ser construídas de maneira coletiva, articulada e a partir da realidade local, rompendo assim, com a lógica individual e hierarquizada onde as decisões são tomadas hierarquicamente de cima para baixo. Dessa forma, é fundamental a participação da gestão na formulação de políticas públicas em consonância com novas práticas de educação permanente.

O processo de educação permanente se concretizará de fato, somente através do comprometimento e envolvimento dos atores sociais representantes da gestão, da articulação ensino-serviço, bem como dos investimentos da política de educação/formação (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). O gestor possui papel imprescindível no processo de qualificação da atenção, através do papel de articulador e facilitador dos processos, no fomento de financiamento e construção de modelo de gestão que envolva todos os atores sociais para que em conjunto priorizem atividades educacionais conforme a realidade local. Evidencia-se que a educação permanente é uma grande ferramenta de gestão, pois amplia a capacidade de análise da realidade e possibilita ações mais democráticas tanto para a gestão quanto para as relações de trabalho. Como dispositivo facilitador desse processo tem-se o apoio institucional.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da constituição de 1988, é considerada um marco histórico na

garantia de direitos da população brasileira. O SUS traz uma nova perspectiva à atenção a saúde, fundamentado em princípios importantes como a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado além de ampliar o conceito de saúde, em uma compreensão de que o processo saúde-doença-cuidado também é reflexo de determinantes sociais (BRASIL, 2008).

Apesar da grande conquista que o SUS representa aos brasileiros, ele está em constante construção e avaliação, tendo desafios importantes a serem superados como a ampliação do acesso e efetividade do processo de corresponsabilização dos trabalhadores, gestores e usuários nos processos de coordenar o cuidado. Diante disso, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2008 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS (BRASIL, 2008). Dentre os objetivos da política está a construção de modelos de gestão menos centralizados e verticais, permeados de práticas que estimulem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, possibilitando espaços de gestão por colegiados (BRASIL, 2008).

Dentre as estratégias sugeridas para fomentar as práticas de cogestão está o Apoio Institucional. Segundo a Política Nacional de Humanização, o Apoio Institucional tem como objetivo fomentar novas estratégias de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, por meio de métodos que propiciem democracia institucional e autonomia dos sujeitos, rompendo assim, com modelos tradicionais e fragmentados de gestão.

Neste processo de autonomia dos sujeitos, o método Paideia é uma proposta de cogestão no qual assume o compromisso com a democracia institucional, misturando o fazer crítico e propositivo. Essa prática aposta na politização na gestão incorporando ações de negociação e de intervenção no mundo do trabalho, trazendo a ideia constante de coprodução, negociação de contratos e compromissos provisórios (CUNHA; GASTÃO, 2010). Segundo Campos *et al.* (p. 985, 2014), o termo Paidéia possui origem grega, “designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; Ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito Paideia, educação integral”. O método Paidéia, também conhecido como método da roda, busca como efeito ampliar a capacidade das pessoas em lidar com as informações, interpretá-las e compreendê-las dentro e fora de seus contextos. Assim, o método pretende contribuir com o aumento da capacidade de tomada de decisões, lidar com conflitos e estabelecer contratos e compromissos.

No mundo do trabalho o modelo taylorista ainda encontra-se muito presente, alguns de seus princípios são facilmente identificados nas organizações, como, a especialização do trabalhador; a ideia de existência de uma única forma de fazer o trabalho que por sua vez é definida pelo especialista e a separação entre o indivíduo que pensa, sabe e decide o trabalho e aquele indivíduo que executa o trabalho e não pensa. No setor saúde, esse modelo se exemplifica através do cuidado fragmentado ao usuário que é assistido por diversos profissionais, onde cada um executa a “tarefa” prevista para o seu núcleo profissional sem nenhuma articulação com os demais. Traduz-se ainda, por meio

dos organogramas das equipes, onde cada profissional possui o seu chefe, não sendo responsável dessa forma pelo resultado global, exceto o gestor. Embora não seja somente esse o seu único objetivo, o modelo Paidéia procura romper com a lógica taylorista propondo a desfragmentação das ações, a circulação dos saberes em todos os níveis hierárquicos e a construção de um saber transdisciplinar entre as equipes, reconhecendo os recortes disciplinares de cada sujeito (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Existem diversos eixos de aplicação teórica e metodológica do modelo de cogestão, como por exemplo, o apoio institucional, o apoio matricial e clínica ampliada. O apoio institucional é um recurso utilizado no intuito de romper com os modelos tradicionais de gestão, porém, não possui o objetivo de suprir funções como coordenação, planejamento, e direção, mas sim, procura outras maneiras de executar essas atividades, aproximando a gestão dos operadores finais das atividades. A função do apoio pode ser executada pelo próprio gestor ou com a criação de cargos específicos para essa finalidade, contanto que mantenha a proposta de cogestão, com práticas de governo compartilhadas, que englobe os diferentes interesses e inserções sociais no processo de gestão (CAMPOS *et al.*, 2014).

Na perspectiva de Vasconcellos e Morschel (2009), o apoio institucional se entrelaça ao analista institucional, o qual promove a análise das relações, dos poderes, das práticas, dos significados e dos afetos, promovendo assim a reflexão sobre a função e o funcionamento. Para as autoras supracitadas, a potência do apoio institucional está em estar “entre” as instituições, os es-



tabelecimentos, os serviços, a atenção e a gestão. Assim o apoio articula-se aos trabalhadores, aos usuários inseridos dos serviços e aos usuários que se encontram fora dos espaços institucionais.

O apoio institucional além de inferir sobre os processos de gestão propõe colaborar no processo de formação dos trabalhadores como diz Castro e Campos (2014), “O apoio centra o processo reflexivo na prática dos profissionais, tratando de articular essa análise com elementos teóricos” (CASTRO; CAMPOS, p.31, 2014). Em alguns municípios que já utilizam a metodologia do apoio institucional, faz parte da atribuição do apoiador a promoção de educação permanente com as equipes (PASSERO *et al.*, 2016). O município de Sapucaia do Sul/RS, cenário do presente relato de experiência, incorpora as ações do apoio institucional como estratégia para a gestão participativa da Secretaria Municipal de Saúde.

## **O Cenário da Experiência**

O município de Sapucaia do Sul/RS está localizado na região metropolitana de Porto Alegre com população estimada de 140 mil habitantes (IBGE, 2018), tendo como limites geográficos os municípios de São Leopoldo ao norte, Novo Hamburgo a nordeste Gravataí ao leste, Cachoeirinha a sudeste, Esteio ao sul, Nova Santa Rita a oeste e Portão a noroeste. Conta atualmente com uma rede de saúde com atendimento SUS composta de 23 Equipes de Saúde Família (ESF), 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Equipe de Matriciamento em

Saúde Mental (EASM) e 1 Ambulatório de Infectologia. Cabe ressaltar que todos os serviços supracitados possuem administração direta feita pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A rede ainda é composta por 1 Hospital Municipal, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 1 Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) e 1 Serviço de Reabilitação (SER), que por sua vez são administrados pela Fundação Saúde de Sapucaia do Sul.

Desde o ano de 2011, a Secretaria Municipal adotou o modelo de gestão baseados na cogestão por meio do Apoio Institucional (AI), extinguindo o modelo tradicional de coordenação por núcleo profissional e políticas existentes até então. O apoio institucional carrega a potência de realizar o processo de cogestão junto aos indivíduos e coletivos, possui característica de mediação de conflitos, e estimula as reflexões e oferta alternativas diversas sobre os processos de trabalho. O apoio institucional possui como norte o fazer com a equipe e não o fazer pela equipe que recebe o apoio (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Em Sapucaia do Sul, o trabalho do Apoio Institucional se dá em todas as equipes de saúde que possuem administração direta da SMS. A inserção do trabalho do AI perpassa diversas frentes, desde os processos mais burocráticos da gestão até o trabalho propriamente dito com as equipes. Dentre as principais intervenções realizadas pelo AI, está a construção do processo de educação permanente com os trabalhadores.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde considera a educação permanente como um processo de apren-

der e ensinar no cotidiano do trabalho e que transforma as práticas dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2014). A política prevê ainda diretrizes que são semelhantes ao processo de cogestão, como estímulo de processos educacionais em coletivos, adoção de metodologias ativas e críticas, fomento da autonomia dos sujeitos nos processos de trabalho, criar estratégias para a desfragmentação do cuidado e das ações em saúde etc.

Diante das semelhanças das propostas apresentadas pelo modelo de Apoio Institucional e a Política de Educação Permanente, a gestão da secretaria municipal de saúde de Sapucaia do Sul no entendimento de que seria impossível dissociar as estratégias e ações destas duas perspectivas de trabalho, definiu que a Política de Educação Permanente seria incorporada ao processo de trabalho dos Apoiadores Institucionais. Frente à importância da associação entre educação permanente e ações do apoio institucional, a realização do presente ensaio justifica-se por analisar através de um relato de experiência como se dá esse processo no cotidiano do trabalho de uma Apoiadora Institucional.

De maneira metodológica apresenta-se um estudo descritivo em que o relato de caso será o norteador do processo de escrita e apresentação de uma experiência relevante. Neste processo descritivo, inferências da autora (Secretária municipal de saúde) perpassam o texto de maneira a construir um relato crítico da experiência. Segundo Yoshida (2007), o relato de caso vem se construindo como uma das principais formas de apresentação utilizadas em congressos e publicações de revistas. A

apresentação do relato de caso é utilizada para descrever experiências pioneiras, inovadoras ou que apresentam algum resultado inusitado. Relatos de casos apresentam experiências exclusivas e individualizadas, devendo obedecer a alguns critérios científicos relevantes como: elaboração estruturada da exposição, integridade em relação às informações mais importantes; discussão crítica da observação feita seguindo princípios estilísticos e éticos da exposição (KIENLE; KIENE, 2011). A realização e apresentação deste relato de experiência foram aprovadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município. Por não se tratar de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos e por se tratar de um relato de caso aprovado pelo município não foi necessário aprovação do Comitê de ética em pesquisa. Cabe ressaltar que a apresentação da experiência está escrita de maneira a apresentar uma narração pessoal com aproximação da oralidade.

### **A Relação Educação Permanente e Apoio Institucional na Perspectiva de uma Gestora em Saúde**

No ano de 2013 inicia a minha trajetória no município de Sapucaia do Sul/RS como residente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na ênfase de Atenção Primária em Saúde Coletiva, sendo meu campo de formação uma Estratégia de Saúde da Família. Nesse ano tive o primeiro contato com o trabalho de Apoio Institucional, através da presença de uma Apoiadora Institucional participando quinzenalmente das reuniões de equipe da unidade de saúde a qual eu estava vinculada. Devido ao meu desconhecimento sobre esse modelo de gestão, esse tipo de

intervenção me causou estranheza no início, visto que nem na minha formação acadêmica havia estudado esse método de gestão. Porém, Sapucaia do Sul/RS já vinha estruturando essa metodologia de organização das ações de gestão desde o ano de 2010.

A equipe de AI no município, é caracterizada por 8 profissionais desde o início da sua criação, com nível superior de núcleos profissionais diversos, tendo como exigência, para exercício do cargo, possuir pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva. A decisão de governo em adotar o modelo de apoio institucional teve como objetivo o enfrentamento do cuidado fragmentado, da desarticulação dos pontos de atenção, da dificuldade do usuário em acessar os serviços e do distanciamento dos trabalhadores da assistência com a gestão. O fato de adotar tal modelo provocou autonomia e corresponsabilização na gestão e na assistência (PASSERO *et al.*, 2016).

Apesar da estranheza do início, o entendimento sobre o AI foi se construindo na medida em que a vivência no trabalho acontecia. Como a figura do apoiador representa para equipe a figura da gestão, muito do que se esperava era uma solução ou uma resposta frente aos problemas que a equipe vinha enfrentando. No processo de educação permanente não era diferente, a expectativa dos trabalhadores era que o AI trouxesse algo pronto, com temáticas estabelecidas e metodologias definidas e assim apresentasse para a equipe. Entretanto, o Apoio Institucional por possuir esse olhar do estar “entre”, entre a equipe e entre a gestão, conseguia provocar processos de reflexão a partir dos pontos críticos do processo de trabalho e dos conflitos e

transformar estas provocações reflexivas em propostas de educação permanente para a equipe.

No segundo ano da residência os residentes partem para os estágios externos, e dentre eles os estágios de gestão. Em Sapucaia do Sul/RS o estágio de gestão acontece no grupo do Apoio Institucional, onde o residente fica imerso por um mês acompanhando o cotidiano do trabalho de um Apoiador. No meu caso, tive a oportunidade de vivenciar dois meses de imersão visto que, também, escolhi o campo de AI para fazer meu estágio operativo. A partir desse lugar, a perspectiva do que é o trabalho do apoiador se transformou completamente, por mais que a figura do apoiador seja muito próxima dos trabalhadores e das equipes, a visão que se tem de dentro dos serviços se resume ao pequeno recorte da sua atuação.

Nesses dois meses de vivência pude observar a complexidade e as diversas dimensões que atravessam o trabalho do Apoio Institucional. Observei que a atuação do apoio perpassa desde questões administrativas e de infraestrutura das Unidades de Saúde até a implantação das políticas de saúde propriamente dita. A visão do apoiador divide-se entre o macro, pensando nas políticas e na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, e o micro, no que se refere à especificidade de cada trabalhador e de cada equipe, assim como seus processos de trabalho.

Com a conclusão da residência no início do ano de 2015, surge a oportunidade de realizar um processo seletivo para Apoiadora Institucional no município devido a saída de uma profissional, felizmente fui selecionada e assim se deu início a

minha caminhada agora como Apoiadora Institucional. Apesar de ter vivenciado uma pequena amostra do trabalho a partir dos estágios da residência, estar nesse lugar de fato traz uma gama de novos questionamentos e aprendizados. O dia a dia do apoiador é dinâmico e intenso, os processos vão se modificando o tempo todo, exigindo do apoiador muita maleabilidade para se adaptar a essa rotina.

No município de Sapucaia do Sul, a educação permanente é uma política transversal e prioritária na gestão da SMS. Diante disso, há um investimento expressivo em espaços de educação permanente, tendo como grupo condutor dessas ações o Apoio Institucional. Anualmente, constrói-se um calendário de educação permanente que prevê espaços protegidos para ações de EP. Dentre as ações previstas, estão as reuniões dos núcleos profissionais que ocorrem bimensalmente, os comitês de linhas de cuidado específicas, as reuniões periódicas com as instituições de ensino (residência e graduação), dentre outros espaços pactuados. A aprovação do calendário se dá na primeira reunião do ano do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Essa reunião é composta por representantes de todos os serviços de saúde do município juntamente com a gestão municipal. Cabe ressaltar que apesar do nome do calendário remeter-se a educação permanente, também está previsto nele as ações de educação continuada.

Dentro do grupo dos apoiadores existe uma organização referente aos espaços previstos no calendário de EP. Geralmente a divisão é feita por meio de duplas de referência por espaço,

porém o objetivo é que ações sejam construídas com os trabalhadores da rede, cabendo à dupla do apoio institucional servir como um norteador do processo e não o organizador. Mesmo com esses espaços de EP já consolidados, existe ainda uma grande dificuldade dos trabalhadores se envolverem de maneira proativa na construção coletiva das atividades.

Neste contexto, a minha vivência se deu em especial nos espaços de núcleo dos cirurgiões-dentistas, dos auxiliares de saúde bucal, dos médicos e no NUMESC. Em todos eles, uns de maneira mais ativa que outros, existia uma grande expectativa de que o Apoiador Institucional assumisse o espaço desde a organização até a proposição das temáticas. Também, havia grande tendência de os trabalhadores da assistência procurarem espaços mais tradicionais de formação. Diante desse cenário, o exercício maior enquanto apoiadora era não assumir esse lugar proposto, que por vezes seria mais fácil, e sim corresponsabilizar todos os atores envolvidos. Assim, o papel do apoiador é propor uma reflexão na qual provoque, tire da zona de conforto e proporcione sentido na construção conjunta no processo de educação permanente.

Claramente, conforme a minha percepção, a construção de modelos mais horizontais, alternativos, com metodologias mais ativas está diretamente relacionada à formação acadêmica que os profissionais tiveram. Nos núcleos profissionais com formação técnica ou ensino médio, as provocações e propostas apresentadas, bem como a responsabilização pelo espaço eram mais facilmente aceitas. Já em formações mais tradicionais e



“flexneriana”, como os núcleos dos dentistas e dos médicos, o processo de construção coletiva dos espaços era extremamente árduo exigindo do apoiador diversas ferramentas de discussão para provocar os participantes na tentativa de torná-los protagonistas. Quando assumem a organização do espaço, é comum observar a reprodução de suas formações, baseada na especialidade, na hierarquização e na educação continuada.

Além dos espaços de educação permanente e educação continuada institucionalizados na SMS, existem ainda, os espaços que acontecem nos serviços de saúde. Mesmo que saibamos que o processo de educação permanente acontece no cotidiano no trabalho, através das vivências diárias com os usuários, o território e os trabalhadores, o momento que as equipes conseguem parar para refletir sobre tais fatores se dá nas reuniões de equipe. Nesse contexto, também, acontece a inserção do Apoio Institucional, por meio da discussão das demandas apresentadas pela equipe. Diante disso, o apoiador deve provocar e questionar as equipes no intuito de encontrar subsídios em conjunto para sanar os nós apresentados no processo de trabalho e entre as relações.

O simples movimento de o Apoiador propor a discussão e análise do trabalho executado nas equipes junto aos trabalhadores da assistência já se constitui um processo rico de educação permanente, por vezes não percebido ou “contabilizado” por ser inerente ao trabalho e não formalizado em um espaço institucional. Um dos grandes desafios do AI é não tomar para si a postura de coordenação das equipes, mesmo que muitas equi-

pes esperem esse papel, mas que provoque o empoderamento das equipes para que tenham autonomia sobre seus processos, dentre eles, o de educação permanente. Esse exercício é complexo para o Apoiador devido esse lugar de estar dentro e fora da equipe ao mesmo tempo, sendo mais fácil o caminho de fazer “pela” equipe ao invés do fazer “com que” a equipe construção seu caminho.

No ano de 2017, finalizei minha trajetória como Apoiadora Institucional e assumo a Coordenação de Atenção Primária e alguns meses depois a Coordenação da Assessoria Técnica de Gestão em Saúde. Mesmo com a modificação do nome para “assessoria” a metodologia utilizada permaneceu a do apoio institucional, sem mudanças no processo de organização e de trabalho da equipe de gestão. Esse novo lugar caracteriza-se como uma espécie de “apoio” do AI, tendo como tarefa o alinhamento da atuação dos apoiadores frente às políticas de saúde, assim como, problematizar o trabalho do grupo na gestão.

Da mesma forma que as equipes assistenciais, a equipe da coordenação e do apoio possuem uma reunião semanal, nesse espaço é discutido o cotidiano de trabalho dos apoiadores. Como já citado anteriormente, devido à configuração do grupo ser multiprofissional esse espaço também se configurava como uma espécie de “matriciamento” entre os colegas, devido à diversidade das trocas, fossem elas de núcleo e/ou de experiências vivenciadas.

Enquanto coordenadora, meu papel era “provocar” os apoiadores a implantar, refletir e monitorar as políticas de saúde

e de governo ao mesmo tempo respeitando a autonomia e individualidade de cada profissional. Devido à intensidade de pautas que atravessavam as reuniões, o coletivo da coordenação percebeu que havia necessidade de criação de um momento protegido para que os apoiadores e a coordenação realizassem educação permanente. Mesmo que grande parte das trocas realizadas nas reuniões ordinárias também se configurasse como grandes momentos de educação permanente, o grupo optou em construir um calendário específico fora do horário de trabalho semanal, ou seja, depois do expediente e aos finais de semana, para que assim, ficassem imersas nas discussões propostas.

A partir do ano de 2018, através da análise da equipe da coordenação, apoiadores e profissionais da rede, foi criado um momento ampliado de reunião das equipes assistenciais com o objetivo de fomentar a realização de educação permanente. Dessa forma, as equipes deveriam organizar um projeto contendo as temáticas as quais pretendiam trabalhar em cada mês, e essa ação tinha como objetivo fazer as equipes pensarem sobre seus processos de trabalho e assim elencar os principais assuntos. De maneira flexível poderiam realizar trocas caso analisassem pertinentes durante o decorrer do ano. Essa proposta também previa que os apoiadores participassem das reuniões das suas respectivas unidades apoiadas, servindo como mediadores da discussão, mas toda a organização deveria ser da própria equipe. A avaliação dessa proposta foi muito positiva, o que pude notar foi um comprometimento grande das equipes, sentindo-se valorizadas pelo ganho de um momento reservado para reflexão dos seus processos.

Enquanto coordenadora, avalio que obtivemos um crescimento e um amadurecimento no que tange as demandas de educação permanente, seja pelo grupo do apoio institucional que, sensível às demandas cotidianas, conseguiram estruturar e respeitar a necessidade própria em se repensar e agregar novas ferramentas para o trabalho. Avalio, pelas equipes da rede, que as mesmas valorizaram e aproveitaram o espaço proposto, trazendo discussões legítimas e que provocaram mudanças no seu fazer cotidiano.

Em 2019 recebi o convite para assumir a função de Secretária de Saúde no município, o maior desafio da minha caminhada. Mesmo possuindo uma experiência prévia em outros lugares de gestão, ser secretária extrapola qualquer expectativa, que até então eu tinha do fazer gestão em saúde. Em especial no processo de educação permanente, minha responsabilidade maior é manter a qualidade dos espaços existentes, e fazer com que estes mesmos espaços façam sentido aos trabalhadores, proporcionando empoderamento e, assim, efetivando tais espaços como uma política de saúde municipal e não uma política de governo.

Atualmente todo grupo de apoiadores institucionais são do quadro efetivo, ou seja, permanecerão no município seja na gestão, seja na ponta, cabendo a eles a tarefa de manter, ou ao menos provocar, a continuidade das políticas construídas nesses anos, tornando a política de educação permanente uma pauta dos trabalhadores e não apenas da gestão.

## Considerações Finais

Pensar no modelo de Apoio Institucional é propor uma gestão horizontal, desfragmentada e de construção coletiva. Ser apoiador é estar aberto a trocas de afetos, experiências e embates, conseguindo transformar essas trocas em ferramentas de trabalho para provocar a reflexão e a mudança.

A educação permanente é uma ferramenta poderosa no trabalho do apoiador, ela acontece o tempo inteiro de maneira transversal, seja na reunião de equipe ou na mediação de conflitos. Além das mudanças que proporciona no processo de trabalho, ela possibilita novas experiências e troca mútua entre a assistência e a gestão, aproximando e criando relações empáticas e produtivas entre ambos.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 11, de 17 de janeiro de 2017**. Estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Documento para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 14 Jul.2019.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em: 05 de março de 2020.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 29-50, Abril. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100003>>. Acesso em: 05 de março de 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, Fev. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

CECCIM, RB, & FEUERWERKER, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n.1,

p. 41-65. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. A. Método Paidéia para Co-gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho. **Organizações e Democracia**. Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

KIENLE, G. S.; KIENE, H. Como escrever um relato de caso. **Arte Médica Ampliada**, nº2, ano XXXI, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.1, p. 170-185, Fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

PASSERO, L.G. *et al.*. O Apoio Institucional na Atenção Básica em Saúde na Perspectiva da Gestão. In: CECCIM *et al.* **Intensidade na Atenção Básica**: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 93-105.

PEDUZZI, Marina *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n. 30, p. 121-134, Setembro, 2009.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, supl. 1, p. 895-908, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0424>>. Acesso em: 05 de março de 2020.

VASCONCELLOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, v.13, supl.1, p.729-38, 2009.

YOSHIDA, W. B. Redação do relato de caso. **Jornal vascular brasileiro**, Porto Alegre, v.6, n. 2, p. 112-113, Junho 2007.



**Voltar ao  
Sumário**



## Capítulo 12

# DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA IMPLANTAÇÃO DE UMA EQUIPE DE NASF- AB

*Andriele Madruga Peres*

*Vera Lúcia Pasini*

### **Introdução**

O presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar o processo de implantação de uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB em um município de pequeno porte no sul do País. A partir desta análise pretende-se produzir conhecimento e contribuir para a experiência de implantação de equipes em outros municípios com características semelhantes. Além disso, o olhar sobre este processo impulsiona a reflexão sobre os modos de fazer da própria equipe a ser implantada e das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) as quais se relaciona.

O NASF-AB é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar constituída por categorias de profissionais da saúde, complementar às eSF e eAB, com objetivo de ampliar o escopo de ações da Atenção Básica aumentando a resolutividade e a quali-

dade da atenção ofertada. As ações do NASF-AB podem se dar em pelo menos duas perspectivas: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários, já a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes (BRASIL, 2014).

## **Contextualização**

O município de Eldorado do Sul, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, possui uma população estimada de cerca de 41 mil habitantes (IBGE, 2019). A rede de atenção à saúde do município é constituída por serviços de Atenção Básica, Saúde Mental e de Pronto Atendimento geral. A Atenção Básica do município possui seis Unidades Básicas de Saúde e duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, com três eSF, configurando em torno de 81% de cobertura de Atenção Básica (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Com o objetivo de ampliar os serviços de saúde disponíveis e aumentar a resolutividade da Atenção Básica, é instituída em 2019 uma equipe de NASF- AB, tipo 2. Os profissionais que compõem a equipe foram definidos através da escuta de demandas da população e dos profissionais das eSF e eAB, e a constituição da equipe foi realizada a partir do quadro de servidores municipais, sem contratações de profissionais especificamente para desempenhar esta função.

A equipe proposta conta com farmacêutico/a (20 horas), fisioterapeuta (20 horas), nutricionista (20 horas), médico/a

pediatra (20 horas), médico/a ginecologista (20 horas) e psicólogo/a (20 horas), com carga horária total de 120 horas. A coordenação da equipe ficou a cargo da profissional de nutrição designada para a equipe (autora deste trabalho).

## **Desafios enfrentados pelo NASF- AB**

### Educação Permanente e Formação em Saúde

No que tange a educação permanente e formação em saúde, estudos (BROCARD, *et al.*, 2018; MELO, *et al.*, 2018; SILVA, *et al.*, 2012) apontam a fragilidade relacionada à oferta de formação para a atuação na equipe de NASF-AB e educação permanente da equipe. É destacado também a importância de, na formação em saúde, tratar o tema do apoio matricial, tornando os profissionais aptos para atuar na AB e na atenção especializada como matriciador. Na experiência do município de Eldorado do Sul pode-se identificar a mesma carência, visto que na sua grande maioria, os profissionais da equipe não possuíam experiência com o trabalho proposto pelo NASF nem com a lógica de apoio matricial. Neste sentido, seria importante haver, por parte da gestão, a preocupação em proporcionar alguma forma de educação sobre o tema, antes do início do processo de trabalho da equipe do NASF.

## Trabalho em Equipe

Tendo como referência a concepção de Peduzzi (2001) sobre tipologias do trabalho em equipe - a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos - pode-se perceber no processo de constituição do trabalho que houve uma evolução do grupo enquanto equipe. No início o trabalho apresentava claramente a tipologia agrupamento, evoluindo na sua inter-relação, tornando-se uma equipe mais próxima da tipologia integração. Percebe-se evolução tanto em relação a própria equipe de NASF, quanto em relação a equipe de NASF e equipes apoiadas. Considera-se que a integração entre a própria equipe e entre equipe de apoio e equipes de referência possui influência direta no desenvolvimento do trabalho de apoio matricial.

## Carga Horária Destinada ao Trabalho do NASF-AB

A questão relacionada à carga horária para atividades do NASF foi ressaltada pela equipe como a principal fragilidade e dificultador para evolução das atividades. Destacaram a existência de carga horária limitada para participar das reuniões de equipe e para o desenvolvimento da dimensão pedagógica da proposta. É importante salientar a influência do quadro de profissionais aquém do necessário, sobrecarregando os profissionais, visto que um mesmo profissional precisa desempenhar diferentes funções dentro da rede de atenção à saúde, ou ainda, necessita responder a grande demanda específica do seu núcleo de saber/fazer.

## **Potencialidades do NASF-AB**

### Apoio matricial

O apoio matricial objetiva a promoção de autonomia para as equipes apoiadas, ampliando o escopo de atuação da Atenção Básica e, conseqüentemente, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos prestados pelas eSF/eAB (BRASIL, 2014). A implantação da lógica do apoio matricial na integração entre NASF e eSFs ocorreu inicialmente pela instituição do matriciamento em saúde mental com profissionais de psicologia, psiquiatria e serviço social juntamente com as equipes das ESF.

### Interprofissionalidade

As diretrizes do NASF-AB apostam no desenvolvimento da interprofissionalidade, fortalecendo a constituição de equipes multiprofissionais que atuam com corresponsabilização e compromisso com a produção de saúde e do cuidado em rede (CASTRO, NIGRO, CAMPOS, 2018). Segundo estudo realizado por Silva e colaboradores (2012), existe a necessidade de integração da equipe de NASF com as eSF/eAB, bem como interação entre os núcleos de saberes, para garantir um plano de cuidado sem fragmentação. Desta forma, o NASF é identificado como um potencializador da integralidade do cuidado, da resolutividade da AB e do SUS (SILVA *et al.*, 2012).

## Articulação Intersetorial

Ao longo da realização do diagnóstico do território e da rede de atenção à saúde, percebemos uma fragilidade de comunicação entre os diversos setores, tanto dentro da própria rede de atenção à saúde, quanto entre o setor Saúde e os outros setores. A equipe de NASF tem grande potencialidade neste âmbito, tendo a intersetorialidade como uma de suas diretrizes (BRASIL, 2014).

### **Considerações Finais**

Este relato de experiência evidenciou alguns pontos de fragilidade no processo de implantação de uma equipe de NASF, sendo eles: desenvolvimento do trabalho em equipe, a carga horária destinada ao trabalho do NASF, processo de educação permanente e a formação em saúde. Entretanto, destaca-se também algumas das inúmeras potencialidades do trabalho proposto pelo NASF, identificados neste relato: apoio matricial, interprofissionalidade e articulação intersetorial.

Ao narrar esta experiência percebe-se a importância de estudos que auxiliem na formação de novas equipes, bem como no processo de trabalho de equipes de NASF que já estão em atuação, como fonte de apoio a estruturação de um processo de trabalho que ainda se encontra em construção, visto o recente desenvolvimento da proposta como política pública de apoio e qualificação do trabalho na Atenção Básica à Saúde.

No momento que se encerra este percurso de formação

e o desenvolvimento da escrita deste trabalho de conclusão, temos a notícia do anúncio pelo Ministério da Saúde quanto a eliminação dos incentivos para o NASF e ESF. Preocupa-nos que esta deliberação signifique a abolição dos NASF e a extinção da prioridade para a Estratégia Saúde da Família. Esperamos que os gestores, trabalhadores e usuários do SUS comprometidos com manutenção e fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro sigam alerta e em luta para que as muitas experiências exitosas de implantação de equipes de NASF no Brasil não tenham um fim tão precoce.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. v. 42, Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, número especial 1, P. 130-144, set. 2018.

CASTRO, C.P.; NIGRO, D.S.; CAMPOS, G.W.S. Núcleo de apoio à saúde da família e trabalho interprofissional: a experiência do município de campinas (*sp*). Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16 n. 3, p. 1.113-1.134, set./dez. 2018.

IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/eldorado-do-sul.html>>. Acesso em: 27/05/2020.

MELO, E.A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1. **Saúde Debate**. P. 328-340, Set 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. 2001;35 (1):103-9.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. PORTAL BI PÚBLICO. 2018. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>.

SILVA, A.T.C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012.



**Voltar ao  
Sumário**



## Capítulo 13

# REUNIÃO DE EQUIPE, UM ESPAÇO VIVO PARA AVALIAR PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Patrícia Távora Bulgarelli*

*Aline Blaya Martins de Santa Helena*

### Introdução

A Atenção Básica (AB), no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é estruturada de forma a receber e amparar as necessidades de saúde da população. Busca o fortalecimento e a organização da saúde com foco principal no indivíduo, atuando na família e no território de modo a obter a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a reorientação das práticas de saúde, garantindo a interdisciplinaridade, a integralidade e a Promoção da Saúde (BRASIL, 2012). Além disso, a AB é compreendida como uma atenção assistencial ambulatorial e não uma atenção especializada, que é disponibilizada nas unidades de saúde onde se possui práticas clínicas de menor complexidade, sendo considerada a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Acredita-se que a AB tem a capacidade de solucionar a grande maioria das demandas de saúde da população (LAVRAS, 2011). Houve grande expansão da AB devido a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que

passa a ser um marco na evolução da AB, onde o trabalho em equipe é imprescindível para a reorganização do processo de trabalho em saúde (MARQUESA, 2014).

Partindo deste pressuposto, o trabalho em equipe de saúde consiste na consolidação das ações realizadas em conjunto com a finalidade de efetivar o cuidado de forma assistencial, realizar a assistência integral e reconstruir os saberes dos profissionais, que são necessárias para um atendimento em saúde com qualidade e efetividade (FORTUNA, 2005). Sendo assim, é de fundamental importância que a equipe de saúde possua um espaço de diálogo, que pode ser denominado como reunião de equipe, de modo a garantir o fortalecimento do processo de trabalho no dia a dia nas unidades de saúde. Contudo, é fundamental que o coordenador da equipe tente garantir boa relação entre os profissionais, por meio de compreensão, humanização e reconhecimento/valorização do trabalho em equipe (THOFEHRN, LEOPARD, 2009). Desta forma, a reunião de equipe exerce um papel relevante no que diz respeito à tentativa de solucionar e problematizar as dificuldades que aparecem nas atividades diárias das unidades de saúde (COLOMÉ, LIMA, DAVIS, 2008). A reunião de equipe possibilita, por meio de aprovação de todos os membros da equipe, a deliberação dos problemas apontados tanto pelos trabalhadores como pela população (SILVA *et al.*, 2005).

Diante do exposto, sabe-se que houve ampliação das redes de serviços e das ações de saúde e com isso, conseqüentemente, houve a reestruturação das ações e das estratégias em relação

à gestão do trabalho bem como a formação dos trabalhadores (SILVA, 2002). Assim sendo, os gestores municipais, com a finalidade de atender as diretrizes operacionais do SUS, buscaram as premissas da Educação Permanente em Saúde (EPS) que tem como objetivo formar trabalhadores de saúde na busca por um cuidado mais resolutivo e que prima pela qualidade da atenção prestada à comunidade (HADDAD, 2011). Em meados de 2004, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), por meio da Portaria GM/MS nº 198/04, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com objetivo de modificar e qualificar as práticas de saúde, organizar as ações e serviços de saúde e, também de considerar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004).

Em 2007 a PNEPS foi remodelada, por meio da Portaria GM/MS nº 1996/07, de modo que houve a implementação da interação ensino-serviço envolvendo o setor da saúde e o setor da educação, a interação dos trabalhadores do SUS, dos pesquisadores, dos docentes e dos discentes com o intuito de que a formação e o desenvolvimento dos profissionais tenham como parâmetro as necessidades e as realidades locais de saúde e que, também, atendam os princípios e diretrizes do modelo assistencial voltado ao cuidado centrado no indivíduo (COSTA *et al.*, 2006).

A EPS é considerada aprendizagem no trabalho, em que os trabalhadores da saúde aprendem com as trocas de saberes e de experiências que são relevantes no dia a dia da unidade de saúde.

Tal modalidade de ensino tem por finalidade, transformar a prática de saúde por meio de problematizações e reflexões críticas que surgem no processo de trabalho. Há um processo de ensino aprendizagem que acontece entre o ensino, as ações e serviço e, também entre a universidade e os serviços de saúde, com o intuito de capacitar e de atualizar os trabalhadores, na tentativa de diminuir a distância entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade (CECCIM, 2005; LAMPERT, 2004).

A EPS pode ser considerada como uma ferramenta que visa detectar as fragilidades da atenção e das práticas em saúde que acontecem no cotidiano do trabalho em saúde (DE MEDEIROS *et al.*, 2010), possibilitando o empoderamento e a inserção do trabalhador mediante troca de saberes, reforçando a qualidade na prática do cuidado e a interprofissionalidade (FAGUNDES *et al.*, 2016). Com isso, há um reconhecimento do trabalho em saúde como fonte de conhecimento ao acreditar que as práticas diárias em saúde proporcionem uma conexão com a atenção à saúde, com a gestão e com o controle social de modo a beneficiar a construção de estratégias e processos de trabalho que qualifiquem os serviços de saúde (PAULINO *et al.*, 2012).

Frente tais premissas políticas, teóricas e filosóficas que permitem uma compreensão de que ações de Educação Permanente são fundamentais para o SUS e que espaços vivos de gestão, como as reuniões de equipe, são ferramentas necessárias nesse processo de educação, o objetivo deste capítulo é apresentar a avaliação das práticas de educação permanente em saúde,

realizadas nas reuniões de equipe ampliada nas unidades de saúde do município de Sapucaia do Sul/RS, no ano de 2018.

## **Contextos Metodológicos da Avaliação das Práticas de Educação Permanente**

As práticas de educação permanente avaliadas aconteceram no município de Sapucaia do Sul, que é um município brasileiro do Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o município possui 130.957 habitantes, com população estimada para 2018 de 140.311 e com densidade demográfica de 2.245,91 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). O município está sujeito ao fluxo da BR 116 e RS 118, articulando-se aos polos industriais de Cachoeirinha e Gravatá. A cidade possui boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que contribuem para a instalação de indústrias, como siderúrgicas, metalúrgicas, fios têxteis, dentre outras.

Para avaliar as referidas práticas foi realizado um estudo descritivo. Os sujeitos desse estudo compreenderam os trabalhadores da rede de saúde do município. Em 2018, ficou decidido, tanto pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como pelos trabalhadores do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), que além das atividades rotineiras e das reuniões semanais já realizadas pelas equipes, uma vez por mês elas passariam a ter duas horas a mais, para realizarem reunião ampliada com ações de EPS. O NUMESC é um espaço coletivo, estruturado, participativo, democrático e humanizado.

Tem o intuito de elaborar um núcleo de conhecimento com criatividade e entendimento para gestores, profissionais da saúde, usuários, instituições de ensino e controle social, com o desenvolvimento pessoal de todos os envolvidos, por meio da Educação Permanente em Saúde (DUARTE *et al.*, 2013). Então, ficou determinado que as unidades de saúde fizessem um projeto de EPS com cronogramas e temáticas definidas pelas próprias equipes de saúde e enviadas para os gestores da SMS. Com isso, as equipes conseguem realizar as atividades de EPS propostas em cronogramas e com diversos temas, como por exemplo, urgência/emergência no SAMU, saúde bucal, saúde da mulher, saúde mental, acesso avançado, dentre outros.

O presente estudo foi realizado a partir de uma demanda da SMS do referido município, sendo que a secretaria permitiu a utilização dos dados e divulgação dos resultados. A SMS do município enviou por e-mail um formulário do *Google forms* (Figura 1) para todas as unidades, totalizando 26 equipes de saúde, no entanto, 20 equipes responderam as questões relacionadas as ações de EPS que foram realizadas durante o ano de 2018 e a análise dos dados foi realizada por meio da frequência simples das variáveis estudadas.

## **AValiação das Reuniões Ampliadas**

Convidamos vocês a participarem desta avaliação das reuniões ampliadas para Educação Permanente que aconteceram nas unidades de saúde em Sapucaia do Sul, no ano de 2018. Para responderem este questionário é importante que haja uma conversa com a equipe, pois a resposta será única, ou seja, apenas um questionário por equipe de saúde.

**\*Obrigatório**

1. **Endereço de e-mail \*** \_\_\_\_\_
  2. **Unidade de Saúde \*** \_\_\_\_\_
  3. **Nome:** \_\_\_\_\_
  
  4. **1. A equipe conseguiu cumprir com o cronograma proposto? \* Marque todas que se aplicam.**  
 Sim  
 Não
  
  5. **Caso negativo, por quê?**  
Por favor, caso tenha respondido não na pergunta anterior, descreva o motivo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  6. **Houve participação de toda a equipe na realização da Educação Permanente? \* Marque todas que se aplicam.**  
 Sim  
 Não
  
  7. **Se não, por quê?**  
Por favor, caso tenha respondido não na pergunta anterior, descreva o motivo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  8. **Vocês acreditam que houve mudança nas práticas do processo de trabalho na unidade de saúde? \* Marcar apenas uma oval.**  
 Sim  
 Não
-

9. **Vocês consideram pertinente a continuidade dessa Educação Permanente? \***  
*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

10. **Quais foram as temáticas trabalhadas nas ações de Educação Permanente na sua Unidade de Saúde? \*Marque todas que se aplicam.**

- Saúde bucal  
 Saúde mental  
 Saúde da mulher  
 Saúde do idoso  
 Saúde da criança  
 Acesso avançado  
 Paciente crônico - Diabetes  
 Paciente crônico - Hipertenso  
 Saúde da população LGBTQ  
 Saúde da população negra  
 Vigilância em saúde  
 Outro: \_\_\_\_\_

11. **Por favor cite os subtemas das temáticas abordadas. Por exemplo, Saúde da mulher Encaminhamento para diagnóstico de câncer de mama; Saúde bucal - cárie de mamadeira. \***

12. **Vocês já possuem cronograma para 2019? \*Marcar apenas uma oval.**

- Sim  
 Não

Caso já tenham, por favor anexar o seu cronograma para 2019

13. **Cronograma (Caso possua)** Arquivos enviados:

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

Powered by

 Google Forms

Figura 1. Questionário aplicado via *Google-forms*. Secretaria Municipal de saúde, Sapucaia do Sul/RS, 2018.



## **As Percepções Trazidas pelas Equipes**

Foi observado que 76,92% das equipes de saúde responderam o formulário, ou seja, 20 equipes de saúde enviaram o formulário respondido referente às ações de Educação Permanente em Saúde que acontecem nas reuniões ampliadas nas unidades de saúde em Sapucaia do Sul. Em relação à execução do cronograma de ações de EPS proposto pelas equipes de saúde, 80% conseguiu cumprir com o cronograma. Quanto à participação de toda a equipe na realização das ações de EPS, 70% das equipes responderam que sim, houve a participação de toda a equipe. Dentre as respostas negativas (30%), algumas equipes justificaram a falta de interesse de alguns participantes e, também a dificuldade em envolver toda a equipe tanto no planejamento quanto na execução das temáticas propostas, entre outras.

Todos que responderam o formulário (100%) acreditam que houve mudanças nas práticas do processo de trabalho, bem como todos (100%) consideraram pertinente a continuidade dessas ações de Educação Permanente em Saúde durante as reuniões de equipe ampliadas. Diversas foram as temáticas abordadas nas ações de EPS, sendo, saúde da mulher (15%), saúde mental (13%) e vigilância em saúde (10%) estão entre as mais trabalhadas pelas equipes. Quanto aos 37% das outras temáticas trabalhadas, surgiram diversos assuntos, como: pacientes crônicos, saúde da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e transexuais), saúde do trabalhador, saúde do homem, planejamento familiar, sexualidade, dentre outras. Já em relação ao

cronograma de ações de EPS de 2019, 75% das equipes já possuíam.

O presente estudo apresenta resultados relevantes referentes as ações de Educação Permanente em Saúde que acontecem nas reuniões de equipe ampliadas nas unidades de saúde em Sapucaia do Sul, de modo a contribuir para as transformações nos processos de trabalho das equipes de saúde, mesmo que o formulário tenha sido respondido por 20 equipes. É certo que, fundamentado na EPS, há grandes possibilidades de gerar transformações nos processos de trabalho de uma equipe de saúde, no entanto é essencial que todos os trabalhadores reflitam coletivamente sobre as práticas de saúde. Deste modo, espera-se que toda a equipe se envolva e assim, tanto a comunicação como a tomada de decisão por consenso, sejam o principal mecanismo para a implementação de uma atenção mais qualificada e mais próxima da realidade da comunidade (DE MEDEIROS *et al.*, 2010).

Apesar da maioria dos trabalhadores terem participado da realização das ações de Educação Permanente em Saúde (70%), alguns trabalhadores não participaram por falta de interesse, falta de proatividade, dentre outras questões. Sabe-se, que ainda há desafios a serem enfrentados, tanto de ordem organizacional como cultural. Sendo assim, os gestores precisam entender que a educação em saúde é uma estratégia tanto de desenvolvimento pessoal como organizacional. Já na questão cultural, é necessário que se alcance o desenvolvimento integral do indivíduo de modo que haja problematizações e reflexões críticas nas práticas diá-

rias do serviço em saúde. Também é necessário encontrar uma forma de sensibilizar o trabalhador mostrando que não há necessidade de um espaço específico ou até mesmo de um momento definido, pois a ação de educação pode acontecer em qualquer momento ou lugar de acordo com as necessidades, mostrando para o trabalhador o quanto pode ser importante essa troca de saberes e de experiências e que pode contribuir para mudanças nos processos de trabalho, bem como para qualificação do profissional (SILVA, *et al.*, 2012).

Todas as equipes que responderam o formulário sobre a EPS acreditaram que houve mudanças nas práticas do processo de trabalho, o que vem ao encontro do estudo de De Lima *et al.* (2010), pois a partir da EPS, é possível observar uma prática mais humanizada e acolhedora por parte dos profissionais de saúde, tanto em relação a gestão como em relação a atenção em saúde ofertada aos usuários. Tudo isso, devido a problematizações e as reflexões críticas das ações realizadas nos serviços de saúde, o que permite essa mudança nos processos de trabalho, surtindo um efeito positivo, tanto nos processos de trabalho como nos serviços de saúde. Além disso, percebe-se profissionais mais envolvidos, mais comprometidos e com maior entendimento das ações que são realizadas na atenção básica, o que acabar por proporcionar uma relação mais horizontal entre todos os trabalhadores.

Assim como se observou um efeito positivo nas mudanças de práticas nos processos de trabalho, também se observou que todas as equipes acharam pertinente a continuidade das ações

de EPS nas reuniões ampliadas para que, cada vez mais, haja mudanças nos processos de trabalho em busca de melhorias nas condições de trabalho. Com isso, é possível que haja maior articulação entre a equipe e a comunidade, que haja planejamento de ações de forma coletiva, ações resolutivas e efetivas, diminuição de processos burocráticos, humanização da atenção, facilidade de acesso aos serviços de saúde para a população, possibilidade de inserir novas estratégias de ações em saúde, dentre outras (CAVALCANTI, PADILHA, 2014).

A partir do interesse de cada equipe de saúde em trabalhar as temáticas que surgiram no cotidiano do trabalho, ficou evidente que diversas foram as temáticas desenvolvidas e problematizadas nas reuniões de equipe ampliadas. Para que haja aprendizado é essencial que alguém queira, de fato, aprender. Portanto, essas ações educativas devem previamente despertar o interesse da equipe que está se qualificando, sendo então, necessário perguntar sobre o assunto/objeto que os trabalhadores querem aprender e de que forma querem aprender, para que assim essas ações de EPS sejam realmente válidas e façam sentido para toda a equipe (SCHIMITH, LIMA, 2009). Dessa forma, os trabalhadores da saúde que são implicados com as práticas de EPS, podem se tornar capazes de ofertar um cuidado em saúde com maior qualidade, efetividade e com mais resolutividade, aumentando assim a satisfação da população e, também, com a possibilidade de estimular a autonomia e o autocuidado do usuário (BRASIL, 2005).

## **Percepções Finais das Autoras**

Os resultados deste estudo mostraram que a Educação Permanente pode ser um dispositivo importante para qualificação de todos os profissionais da saúde, possibilitando transformações em suas ações e práticas a partir de reflexões críticas e de problematizações de situações encontradas no cotidiano do serviço. O município de Sapucaia do Sul/RS possui espaços que permitem e estimulam o planejamento e a execução de ações de EPS, e conta com a participação do trabalhador da saúde e da gestão, como por exemplo, o NUMESC que acontece mensalmente na Secretaria Municipal de Saúde, e permite a participação de trabalhadores que representam suas equipes de saúde. Os resultados deste estudo foram apresentados no NUMESC, em fevereiro de 2019, e ficou decidido, juntamente com os gestores, trabalhadores do NUMESC e trabalhadores representantes das equipes de saúde, que haverá a continuidade das ações de EPS nas reuniões de equipe ampliadas para até o final do ano de 2019.

No entanto, é necessário sensibilizar todos os profissionais da saúde quanto a importância das ações de EPS, de modo que estes profissionais compreendam e participem tanto dos processos de elaboração como da execução das ações de EPS em si. Portanto, o processo de ensino-aprendizagem permite que os trabalhadores reflitam sobre os seus processos de trabalho, ajudando na tomada de decisão de modo coletivo, possibilitando a melhora da qualidade da assistência, oportunizando o reconhecimento das reais necessidades de saúde da população e

permitindo a transformações nas práticas de saúde. Acredita-se que os profissionais tenham que se colocar na posição tanto de educadores como de educandos, assim não sobrecarrega somente um profissional na elaboração, planejamento e execução das ações da EPS.

Enfim, por meio deste estudo foi possível observar a potência da incorporação das práticas de EPS, tanto nos serviços de saúde como para gestão municipal, tendo assim, profissionais mais capacitados e resolutivos na oferta do cuidado à população. É necessário manter esses espaços dialógicos onde os trabalhadores troquem saberes e experiências e, assim se construa novos conhecimentos horizontais, de modo que ressignifiquem suas práticas e ações de saúde. No entanto, há o desafio de sensibilizar todos os trabalhadores da saúde do município de modo que se estimule a participação e o comprometimento, mostrando que as ações de EPS são relevantes para melhorar e qualificar a forma de atuação na Atenção Básica de Saúde.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde.** Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): MS; 2012.

CAVALCANTI, Y. W.; PADILHA, W. W. N. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 170-180, 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. Vol. 42, n. 2 (jun. 2008), p. 256-261, 2008.

COSTA, P. P. *et al.* **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

DE LIMA, J. V. C. *et al.* A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 207-227, 2010.

DE MEDEIROS, A. C. *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 3842, 2010.

DUARTE, M. de L. C. *et al.* A implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no município de Uruguaiana/RS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 12, n. 22, p. 9-14, 2013.

FAGUNDES, N. C. *et al.* Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. 11349, 2016.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 2, 2005.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 18031809, 2011.

LAMPERT, J. B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, p. 245-66, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

MARQUESA, J. B. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 246, 2014.

PAULINO, V. C. P. *et al.* Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UERJ [online]**. 2012.



SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D.S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Revista Enfermagem Uerj. Rio de Janeiro**, v. 17, n. 2 (abr./jun. 2009), p. 252-256, 2009.

SILVA, J. A. da. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível na área de saúde. *In: Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*, p. 373-401, 2002.

SILVA, I. Z. de Q. J. *et al.* O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 25-38, 2005.

SILVA, L. A. A. *et al.* Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 496-506, 2012.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. **Teoria dos Vínculos Profissionais: formação de um grupo de trabalho**. Pelotas: Editora Universidade Federal de Pelotas, 2009.



**Voltar ao  
Sumário**



## Capítulo 14

# OTIMIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE COMO ESPAÇOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

*Antoniette Valcarenghi Biazus  
Alexandre Fávero Bulgarelli*

### **Introdução**

A atenção básica (AB) é o conjunto de ações de saúde que envolvem promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos individuais, cuidados familiares, coletivos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado, realizada com trabalho em equipe de diversos profissionais e dirigida à população em um território definido (BRASIL, 2017). Frente tal pressuposto, o objetivo desse capítulo é apresentar proposta de otimização de espaços de trabalho da Atenção Básica para capacitação e sensibilização visando a educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Objetiva-se, também, apresentar, por meio de um relato de experiência, a

construção de uma rotina de educação permanente para os servidores das Estratégias de Saúde da Família e otimização dos espaços das reuniões de equipes.

A utilização do termo Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), expressa o entendimento de atenção ambulatorial não especializada, ofertada por meio de unidades de saúde, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países como no Brasil, as atividades e ações de saúde coletiva e pública. Entende-se tais unidades de saúde como espaços onde acontece, ou deveria acontecer, na maioria das vezes, o primeiro contato dos usuários com o sistema e, também, devem ter a capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011). A AB diferencia-se de outras instâncias assistenciais, como o modelo biomédico, por exemplo, por apresentar atributos essenciais, como a acessibilidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Todos esses atributos são de extrema importância, mas destaca-se outros como a longitudinalidade, que é o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (BARATIERI; MARCON, 2011).

A longitudinalidade, conceito fundamental nas ações da AB, apresenta efeitos benéficos no sistema de saúde como o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde e maior satisfação dos usuários. Ao longo do tempo é estabelecida confiança entre profissional e

usuário deixando este mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações e, quando o profissional possui um conhecimento acumulado sobre o usuário, chega mais rapidamente à avaliação do problema (STARFIELD, 2002).

Essa longitudinalidade ocorre bem mais frequentemente em unidades de ESF comparada com Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois na ESF há população geograficamente definida. As UBS do município, cenário do presente relato de experiência, não possuem território adstrito, vínculo com a população, agentes comunitários de saúde e continuidade do cuidado. Os profissionais possuem carga horária bem reduzida comparada aos profissionais de ESF. As unidades básicas possuem, por exemplo, médicos com carga horária de 8 horas semanais e enfermeiros 20 horas semanais. Isso dificulta a continuidade do cuidado.

A integralidade implica no fato de que as unidades de saúde são possivelmente capazes de viabilizar que o usuário seja atendido por todos os tipos de serviços de saúde que necessite, mesmo que isso exija encaminhamento para outros níveis assistenciais, ou seja, ter acesso a serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. A assistência integral, também, envolve o reconhecimento da equipe a respeito das necessidades de serviços preventivos e curativos, além de evidenciar os problemas que o usuário apresenta, sejam funcionais, orgânicos ou sociais (STARFIELD, 2002).

A ESF é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa a reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão e qualificação do cuidado, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade. A equipe de Saúde da Família (eSF) é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A ESF representa a mais importante mudança estrutural já realizada no âmbito da saúde brasileira firmado no Pacto pela Saúde. Este pacto é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado nas três esferas de Governo (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações e instrumentos de gestão. Além deste aspecto, o pacto veio para redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, assim como priorizou as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua, em sintonia com os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

Em relação à integralidade do cuidado tecida pelas eSF, os trabalhadores compreendem que o cuidado integral se constitui em olhar o usuário como um “todo”, ou seja, consideram as dimensões biológica, psicológica, cultural e social das pessoas. Quanto à ineficácia da gestão municipal em operar na direção da integralidade do cuidado, se destaca pelas equipes como grande fragilidade, pois a gestão deveria promover um suporte técnico e instrumentos necessários para tanto. Além disso, apontam para o acentuado processo de precarização do trabalho no setor saúde e a ineficácia dos processos de educação continuada e permanente (Souza *et al.*, 2018).

Sendo assim, acredita-se que a gestão deve oportunizar condições para que as equipes de atenção básica sejam capazes de coordenar as ações de saúde e prestar atenção às famílias/comunidades, mesmo em outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados que compõem toda a rede de saúde.

### **Reunião de equipe no processo de trabalho na Atenção Básica**

O processo de trabalho em saúde é um conjunto de ações coordenadas, desenvolvida pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (FONTANA *et al.*, 2016). Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são “[...]”

uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2008, p. 554). Neste contexto, umas das atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na APS são participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, visando a readequação constante do processo de trabalho, e, também, articular e participar das atividades de educação permanente e continuada (BRASIL, 2017).

A reunião de equipe tem como proposta reunir os trabalhadores, com vistas ao planejamento conjunto, à discussão e decisão de casos e situações, proporcionando que os envolvidos tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham o processo de trabalho (BARROS, 2009). Essa proposta de estratégia de trabalho vai ao encontro de uma possibilidade de trabalho coletivo, necessário para a eficiência e eficácia das práticas, pois uma equipe que trabalha de forma isolada e fragmentada corre o risco de ofertar ações muitas vezes incoerentes e contraditórias, diminuindo a resolutividade no seu conjunto e aumentando a possibilidade de limitação na atenção prestada (OLIVEIRA, 2010).

A organização do processo de trabalho acontece no espaço de reunião de equipe, pois os trabalhadores reúnem informações, anseios, dúvidas, conhecimento e levam para a discussão no espaço coletivo. Nesse processo de interação e trocas da reunião, as responsabilidades, os saberes e as informações são compartilhadas e o grupo democraticamente decide os encaminhamentos necessários e planejam em conjunto as próximas ações.



Assim os trabalhadores organizam-se no processo de trabalho, assumem corresponsabilidades e sentem-se mais seguros para desenvolvê-lo (SANTOS *et al.*, 2017).

Dentre as diversas atividades que a equipe de saúde da família desenvolve, a reunião de equipe é considerada de grande importância uma vez que é onde se discute coletivamente a problemática do trabalho e se definem as ações e intervenções a serem realizadas no território/comunidade/equipe, promovendo a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas em cada comunidade (CRUZ *et al.*, 2008). A união da equipe e a participação ativa de todos favorecem o ambiente de trabalho e valorizam cada membro como um indivíduo com potencial (PINHEIRO *et al.*, 2018). Barbosa *et al.*, (2016), observaram que a reunião de equipe, quando proposta e conduzida como espaço de compartilhamento, pode tornar-se um dispositivo de educação permanente.

A integração é consequência dos encontros que ocorrem entre os diferentes atores implicados na Educação Permanente em Saúde, pois todos têm oportunidade de expressar as suas experiências quando essas metodologias são utilizadas (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2015). Entre os desafios do SUS, estão a qualificação da APS para exercer a coordenação do cuidado e a reorganização dos pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades (BARATIERI; MARCON, 2011).

## **Educação permanente e capacitações no trabalho**

O SUS tem a prerrogativa constitucional de incentivar a formação de trabalhadores na área da saúde e vem investindo nisso desde a sua criação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A educação permanente (EP) é uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa, e apresenta como eixo principal o cotidiano nos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EP vem sendo adotada no setor saúde com a finalidade de se repensar metodologias e políticas que possibilitem mudanças nos comportamentos e condutas, a partir da integração e estruturação do conhecimento, resultando em novas maneiras de pensar. Entende-se que EP é um fenômeno social, multiprofissional, colaborativo e coletivo necessário para o desenvolvimento do trabalho em saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

No Brasil, a EP em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica do SUS para o desenvolvimento dos profissionais de saúde nos serviços. Nessa vertente, a aprendizagem se processa a partir da realidade vivida no trabalho e tem potencial para a transformação das práticas em saúde (CAMPOS *et al.*, 2018). É necessário que as atividades educativas estejam inseridas na rotina do profissional, para que o serviço esteja preparado para prestar assistência de forma adequada aos diferentes públicos que necessitam de cuidado (PINHEIRO *et al.*, 2018).

Em ESF localizada no Distrito Sanitário de Goiânia/GO, o processo de educação permanente está presente no cotidiano das equipes. Foi realizado um estudo através de um questionário com o objetivo de verificar o significado e contribuições da educação permanente sob a visão de 12 enfermeiros. Os enfermeiros desse Distrito referem que o processo de educação permanente traz contribuições para a qualificação dos trabalhadores, para identificação de possíveis falhas no atendimento, para a conscientização das necessidades reais de saúde dos usuários, na organização e funcionamento do serviço, para o trabalho em equipe, aperfeiçoamento, atualização e mudanças na prática (PAULINO *et al.*, 2012).

Silva e Knobloch (2016), observando a educação permanente em um centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, relataram que o espaço de discussão teórica e clínica, dentro da reunião de equipe, denominado pela própria equipe como “educação permanente”, visa a busca de possíveis caminhos que contribuam para uma assistência que renove as práticas existentes, de forma que alternativas criativas se mostrem mais eficientes na atenção às demandas dos usuários. No referido estudo, a equipe acredita que essa prática ajude a refletir e a rever o processo de trabalho, deixando-os mais satisfeitos com sua atuação profissional e empoderados em suas práticas.

Em 2018, Campos *et al.*, analisaram os discursos de profissionais de saúde acerca da Educação Permanente no cotidiano de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte/MG. Foram feitas entrevistas com 25 profissionais entre eles agentes

comunitários, técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiro, dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal, assistente social, terapeuta ocupacional, agente de zoonoses e gerente da unidade. Ao serem indagados sobre o que é educação permanente, os entrevistados utilizaram uma série de vocábulos: cursos, reciclagem, treinamento, educação continuada, capacitação, aperfeiçoamento e atualização. Identificou-se que há várias noções de EP, influenciadas por formulações em diferentes contextos, dos quais emergem vocábulos com significados culturais diversos, que informam a coletivização do discurso. Nos achados acerca da prática de EP como reciclagem, atualização e desacomodação proporciona reflexão, levando a mudanças positivas na atenção aos pacientes. No entanto, reciclar e atualizar, constituem uma necessidade de readequação do profissional em relação às normatizações, protocolos e direcionamentos proporciona adequação às tecnologias, sem necessariamente provocar mudanças no modelo de atenção. Os participantes atribuíram à instituição a responsabilidade pela oferta da EP num interdiscurso do Ministério da Saúde e Prefeitura. No entanto, reconhecem e valorizam a EP no cotidiano como prática social capaz de proporcionar transformações nos processos de trabalho e na atenção aos usuários.

As ações educativas devem levar o ser humano a despertar a capacidade de pensar sobre o papel do aprendizado, no seu contexto individual e de trabalho, além da sua capacidade de ser sujeito do processo de mudança. Sendo assim, o processo de educação permanente deve levar em consideração os profissionais como protagonistas no campo da prática (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, é imprescindível encontrar um meio para aprimorar e desenvolver processos educativos para as equipes de saúde.

### **Relato de experiência de uma gestora de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS**

O município, cenário deste relato de experiência, fica a 17 km da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, e sua população é de 118.278 habitantes. O município tem uma área de 44 km<sup>2</sup> (IBGE, 2016) e é uma alternativa para as pessoas que buscam ficar próximo a Porto Alegre. A cidade fica situada em um ponto estratégico na região metropolitana do Estado. Na rede assistencial em atenção básica, o referido município conta com seis unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com 15 equipes de Saúde da Família (eSF) no total, oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais, uma UBS com horário estendido (12 horas), um Centro de Saúde do Idoso (CSI) e a Unidade Odontológica City. Além disso, nas especialidades o município possui um Centro de Especialidades Clínicas (CEC), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo I, um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), uma Unidade de Saúde Mental Adulto (USMA) e uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h). Com o objetivo de expandir a rede de assistência básica no município, ampliando o número de Estratégias de Saúde da Família, nos meses de abril e de outubro de 2019, o

Secretário Municipal de Saúde, Paulo Abrão, deslocou Agentes Comunitários de Saúde de algumas unidades para a UBS 12h para realizar um novo censo da população com o intuito de mapear novamente as áreas para transformar essa unidade básica em uma ESF. Então, futuramente, entrarão na mesma rotina de reuniões e capacitações.

A autora desse trabalho é servidora do município em questão desde julho de 2015, com o cargo de cirurgiã dentista ESF. Atuou em uma unidade Estratégia de Saúde da Família e, também, na unidade odontológica. Participava da gestão, eventualmente, substituindo o Coordenador de Saúde Bucal em seus afastamentos, desde 2017. Foi convidada pela Secretaria Municipal de Saúde para coordenar o Departamento de Atenção Básica em agosto de 2018 e permaneceu no cargo até setembro de 2019, quando passou a assumir a Coordenação de Saúde Bucal. Por tratar-se de um relato de experiência, este trabalho teve sua aprovação declarada pelo Secretário Municipal de Saúde, não sendo necessária a aprovação do relato por um Comitê de Ética e Pesquisa.

No dia a dia na gestão, a autora percebeu que não havia uma rotina de educação permanente para os servidores. Ocasionalmente, aconteciam algumas palestras para os servidores, mas nada muito organizado e sem continuidade. Com a sua experiência como cirurgiã-dentista em uma unidade de ESF, era notável que os espaços de reuniões de equipe semanais não tinham a finalidade que deveriam ter. Era um tempo ocioso, onde poucas coisas eram resolvidas.

A partir disso, resolveu-se diminuir a frequência das reuniões de equipe, que passaram a ser quinzenais, e implementou-se uma rotina de educação permanente para as equipes da ESF, utilizando o mesmo “turno” que seria de reunião. Em relação aos espaços de discussão coletiva nas seis unidades de Estratégia de Saúde da Família do município, as reuniões de equipes aconteciam semanalmente, sendo organizadas em duas unidades de saúde nas quartas-feiras, duas nas quintas-feiras e mais duas nas sextas-feiras, todas no turno da tarde, até final de 2018.

A partir de março de 2019, a gestão trocou os dias de reuniões de todas as ESF para as terças-feiras, também no período da tarde. Segundo Bueno (2017, p.23), otimizar é “aproveitar da melhor forma possível o potencial de capacidade de alguém ou de algo”. Esse autor traz um conceito de otimização/otimizar congruente com o entendimento da autora do presente relato de experiência. Sendo assim, entende-se que há uma otimização do tempo de reuniões utilizando esse espaço da melhor forma possível para acrescentar um programa de educação permanente para os servidores.

As reuniões nas unidades, que eram semanais, passaram a ser quinzenais. E, quinzenalmente, todos os servidores das ESF deslocam-se à Câmara Municipal de Vereadores para participar destas capacitações. Ou seja, a população está contextualizada de que todas as terças-feiras no turno da tarde, as ESF estão fechadas, e, para os servidores, estas terças-feiras são espaços de trabalho coletivo para reunião de equipe na unidade e para capacitação na Câmara Municipal de Vereadores.

Para dar início a esse processo, primeiramente foi enviado ofício à Câmara Municipal de Vereadores solicitando o local para realizar as atividades. Quando o local foi confirmado, as equipes receberam documento comunicando as mudanças dos dias de reuniões na unidade e da inclusão das atividades de educação permanente. Como forma de incentivar a ida dos servidores ao local, foi fornecido certificado individual de todos os eventos, com duração de 4 horas, que podem ser usados para a progressão no plano de carreira do servidor. A ideia inicial era realizar as ações nas quintas-feiras, porém, devido à demanda interna, foram trocadas para as terças-feiras.

A perspectiva em reunir todas as equipes em um só lugar surgiu por diversos motivos. A facilidade em conseguir palestrantes para uma única data era mais viável do que conseguir para 6 datas (pois são 6 ESF), quinzenalmente. Retirar os profissionais do seu local de trabalho, eventualmente, pode ser estimulador e acaba saindo um pouco da rotina. Reunir todas as 15 equipes de Estratégia de Saúde da Família, 2 vezes por mês, acaba criando um vínculo entre profissionais. É, também, um momento de trocas de experiências, ideias e rotinas, o que acaba colaborando no dia a dia do trabalho.

Para o ano de 2019 (março a dezembro), foram previstas 20 datas para encontros/capacitações. A Coordenação da Atenção Básica chegou a esse número fazendo uma simples contagem de terças-feiras desse período do ano a cada 2 semanas. Os assuntos foram escolhidos pela gestão, com base nas demandas do serviço, e pelos servidores da ponta, que traziam assuntos



que gostariam que fossem abordados. A primeira capacitação foi promovida pelo CAPS Infantojuvenil e o assunto foi “Rede de Saúde Mental Infantojuvenil”. O segundo encontro foi realizado pelo setor de Imunizações e o tema abordado foi “Influenza”, os três encontros seguintes foram realizados pela equipe do SAE e os temas foram: “Seminário Zero Discriminação”, “Sífilis” e “Teste Rápido”.

Aconteceram, também, a Vigilância Epidemiológica falando sobre “Violência”, o SAE falando sobre “Tuberculose”, o Departamento de Atenção Básica (DAB) explicando sobre o “Programa Bolsa Família”. O município recebeu o pessoal do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) com “Capacitação em Vigilância Entomológica e Controle Vetorial do Aedes”.

Acredita-se que os temas escolhidos foram de grande relevância para os servidores, porque, com as capacitações, conseguiram rever alguns fluxos da rede de saúde do município, revisar conteúdo da prática profissional e proporcionar momentos de discussões e melhorias dos processos de trabalho.

Além dos assuntos já mencionados, a Vigilância Epidemiológica apresentou uma capacitação sobre a importância do adequado preenchimento da ficha de “Declaração de Óbito”. O CAPS trouxe o tema da Resiliência e o DAB atualizou os servidores sobre a importância da verificação ideal dos “Sinais Vitais”. O CAPS Infantojuvenil enfatizou o “setembro amarelo”, mês alusivo à prevenção do Suicídio, e conversou sobre o assunto com as equipes.

Durante as apresentações, houve troca de ideias, aprendizado, relatos de experiência e sugestões para a melhoria do trabalho. Além disso, a gestão fez uma reflexão de situações que precisam melhorar nas unidades para que possam atender o usuário com mais qualidade.

Para dar continuidade às capacitações, o DAB apresentou “Esterilização de Materiais e Curativos”. Em data posterior, o CAPS fez uma apresentação sobre “Dependência Química”. O Setor de Vigilância, juntamente a colaboradores dentro e fora da Secretaria de Saúde, conversou com os servidores sobre a “Importância dos Registros e Informações em Saúde”. O encontro seguinte foi apenas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Enfermeiros de ESF para entrega do novo “Documento de pontuação e supervisão dos ACS”. O Departamento de Políticas em Saúde apresentou os temas “Política de Saúde da Pessoa com Deficiência e Sintomatologia Primária de Doenças Raras”.

O tema seguinte foi ofertado pelo SAE com as “Infecções Sexualmente Transmissíveis”. O último tema previsto foi cancelado pelo palestrante, então o DAB resolveu aproveitar a oportunidade e fazer um momento de confraternização com as equipes.

## **Percepções finais com a experiência**

A reunião de equipe tem como objetivo reunir os trabalhadores a fim de acompanhar e discutir coletivamente o planejamento e avaliação das ações da equipe. Já a Educação Permanen-

te contribui significativamente para a orientação dos processos de trabalho nas equipes de saúde.

Antes do modelo proposto e apresentado neste capítulo, as reuniões de equipe eram semanais sem muitos propósitos, com pessoal não participativo, presença de conflitos de cotidiano, informações desencontradas e poucas discussões de casos. Espaçar as reuniões dentro das unidades para a cada duas semanas fez com que os trabalhadores reunissem mais dúvidas, informações e discussões para aproveitar melhor esse tempo de trocas. Deste modelo considera-se que as reuniões se tornaram mais viáveis e otimizadas.

Acrescentar uma rotina de Educação Permanente foi uma maneira de aproximar as equipes dentro e fora das unidades e, também, com a gestão, pois duas vezes por mês estavam todos juntos. A gestão levando informações e, também, recebendo as dúvidas, anseios e críticas dos trabalhadores da ponta.

Esse foi um relato de experiência que propôs uma rotina de educação permanente para os trabalhadores das unidades de Estratégia de Saúde da Família do município da região metropolitana de Porto Alegre/RS, utilizando os espaços das reuniões de equipe que já ocorriam nessas unidades. A partir dessa experiência, há a intenção de que, nos anos seguintes, a gestão consiga aprimorar essa proposta incluindo os demais servidores da rede, como os das Unidades Básicas de Saúde, nessa rotina de reuniões e capacitações.

## Referências

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.4, p. 802-810, 2011.

BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A.; SANTOS, M. L. M.; BARROSO, R. F. F.; BAVARESCO, C. S.; TEIXEIRA, L. B. Saberes e Práticas da Educação Permanente em Saúde no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família: uma Metassíntese. **Investigação qualitativa em saúde**, 2016, 2, 1276-1285.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamento acerca das novas tecnologias de cuidado** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. São Paulo: USP; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF Gráfica MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Gráfica MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BUENO, Silveira. **Dicionário global escolar Silveira Bueno da língua portuguesa** [recurso eletrônico]: o dicionário mais brasileiro da língua portuguesa. São Paulo: Global, 2017.

CAMPOS K. F. C., MARQUES R. C., SILVA K. L. Educação permanente: discursos dos profissionais de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, 2018 (4): e20180172.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSUS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CRUZ M. L. S., FRANCO L., CARVALHO J. W. *et al.* Reunião de Equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psic Rev.**, São Paulo, volume 17, n.1 e n.2, 161-183, 2008.

FIGUEIREDO E. B. L, SILVA A. P. A, ABRAHÃO A. L., CORDEIRO B. C., FONSECA I. A., GOUVÊA M. V. Efeito pororoca na educação permanente em saúde: sobre a interação pesquisa-trabalho. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; [cited 2018 Aug 23]; 71 (Suppl. 4): 1768-73. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001768&Ing=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001768&Ing=pt)

FONTANA, K. C.; DE LACERDA J. T.; MACHADO P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 40. N. 110, P. 64-80, jul/set 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional Cidades. v. 44. Rio de Janeiro; 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n.4, p.867-874. 2011.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P., organizadores. **Manual de práticas da atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2010. p. 273-88.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAULINO, V. C. P.; BEZERRA, A. L. Q.; BRANQUINHO, N. C. S. S.; PARANAGUÁ, T. T. B. Ações de Educação Permanente no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3): 312-6.

PINHEIRO, G. E. W; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate.**, Rio de Janeiro, V. 42. N. ESPECIAL 4, P. 187-197, dez/2018.

SANTOS, E. O. D., COIMBRA, V. C. C., KANTORSKI, L. P., PINHO, L. B. D., ANDRADE, A. P. M. D., & ESLABÃO, A. D. (2017).

Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro. Vol. 9, n. 3 (jul./set. 2017), p. 606-613.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2016; (20) 325-335.

SLOMP JUNIOR, H., FEUERWERKER L. C., MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, 2015; (20) 1795-1803.

SOUZA, A. P.; REZENDE, K. T. A.; DA ROCHA TONHOM, S. F.; MARIN, M. J. S. (2018). A integralidade do cuidado na perspectiva das Equipes de Saúde da Família, interior paulista. v. 2 (2018): **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde CIAIQ2018**.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO/Ministério da Saúde. Brasília: UNESCO/MS, 2004.







## Capítulo 15

# ESCUTANDO AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA POSSIBILIDADE DE GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

*Helena Biavaschi Grassi  
Míriam Thais Guterres Dias*

### **Introdução**

Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre a proposta de gestão do trabalho na Atenção Primária através de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS). Tal experiência se deu no contexto do Curso de Especialização em Educação em Saúde Coletiva: gestão do trabalho e da educação em saúde da UFRGS, ao qual estive vinculada na qualidade de bolsista de pós-graduação no período que compreendeu os meses entre agosto de 2018 a dezembro de 2019. A prática ocorreu junto a um município da região metropolitana de Porto Alegre, região sul do Brasil. O município em questão tem uma população em mais de 255.000 habitantes no Censo de 2010 (IBGE, 2019) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,736

(ATLAS BRASIL, 2019), número considerado alto. A escolha metodológica pelo relato de experiência justifica-se por dar visibilidade ao caráter inseparável entre ações de ensino e serviço desenvolvidas durante o percurso da Especialização.

## **Metodologia**

Propus, junto a gestores e trabalhadores da saúde municipal, a intervenção adjacente ao processo de educação permanente em saúde da cidade. Esta integrou a elaboração de Instrumento para coleta de dados referentes a necessidades de EPS dos serviços de saúde, a compilação dos dados e a análise que resultou na realização de três oficinas destinadas a 46 agentes comunitárias de saúde (ACS), integrantes de todas as Unidades de Estratégia Saúde da Família. As oficinas foram pensadas a partir de dinâmicas baseadas em metodologias ativas de ensino aprendizagem e, por conta disso, realizadas cada uma em duas edições, adequando-se a um menor número de integrantes, 23 ACS. As três oficinas contemplavam distintas temáticas advindas dos dados levantados pelo Instrumento mencionado, especificamente focando no trabalho realizado na Atenção Primária pelas agentes: “Discutindo o processo de trabalho do ACS: qual é o meu papel?”, “Saúde mental na atenção básica: ACS e o cuidado em Território” e “Conversando sobre sexualidade: e os idosos?”. Os encontros tiveram duração de 4 horas e realizados em um local com cadeiras e tela que permitia acesso ao notebook e à internet. Em cada oficina compus uma dupla facilitadora ao lado de profissionais da saúde, servidores municipais de referência nos

temas elencados, à exceção de uma das edições, em que houve substituição por uma profissional de fora do município.

## **Resultados e discussão**

As três oficinas foram pensadas como um momento de possibilitar com que o grupo pudesse implicar-se sobre a sua prática, de modo a gerar construções coletivas de saberes, em consonância com o conceito de EPS (FEUERWERKER, 2014).

Durante a primeira oficina trabalhamos com fragmentos referentes à práxis do agente, retirados da PNAB (BRASIL, 2017) e da Lei 13.595/18 (BRASIL, 2018), que dispõe sobre as atividades de ACS e de Agentes de Combate às Endemias, alterando a Lei 11.350/06. Assim, as ACS abordaram temas como: resgate dos espaços coletivos de controle social, impactos da redução do número de ACS sobre as ações no território, reflexões sobre a inclusão de novas atividades em seu escopo profissional, desafios da interprofissionalidade e da intersetorialidade no trabalho das equipes de saúde. O encontro foi finalizado com a passagem do vídeo “EPS em Movimento – Emerson Elias Mehry” (2014), que suscitou nas agentes a noção de criação para a mobilidade frente à imobilidade contida no trabalho em saúde. A segunda oficina partiu de um vídeo sobre a Reforma Psiquiátrica (2017), o grupo se aproximou do tema revelando suas experiências com a “loucura” na vida pessoal e profissional, nomeando sentimentos como insegurança, culpa e indignação. Em um segundo momento trabalharam com 5 ferramentas de atuação em saúde mental: espaços coletivos,

vínculo, produção de desejo/autonomia, escuta e discussão de casos em equipe/rede.

Os espaços coletivos são entendidos pelas ACS como meios para o estabelecimento de vínculos, trocas, afeto, senso de comunidade, socialização, construção de amizades, acolhimento, confiança, escuta. Foram destacadas como características essenciais aos grupos a existência de liberdade e a possibilidade para que esteja presente a “voz” de todos participantes.

A respeito do vínculo entre profissional da saúde e usuário, o grupo delimitou que a confiança, a empatia, o respeito, a responsabilidade, a informação, a escuta, a espiritualidade e a paciência são necessários à sua construção. A horizontalidade entre saberes também foi pensada como condição para que se crie vínculo.

As ACS realizaram importantes trocas relativas à produção de desejo/autonomia vinculando-a à autoestima, à motivação para alcançar objetivos de saúde e de vida, à adesão a tratamentos e ao reconhecimento, por parte dos usuários e profissionais das próprias dificuldades e limitações, pensando assim as contradições e potencialidades que permeiam o trabalho com os usuários.

A escuta, como uma abertura ao usuário, foi pensada como uma ferramenta transversal às demais, o que evidencia a sua importância ao trabalho em saúde. E a discussão de casos, como uma ferramenta necessária à ampliação da visão sobre indivíduos, família e contextos.

A última oficina permitiu que as agentes falassem sobre a sexualidade de maneira ampla, não partindo de aspectos ligados exclusivamente à reprodução ou à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, recortes comuns nos debates da Atenção Básica. A constatação da existência da sexualidade em idosos em experiências pessoais e de trabalho foi expressa pelas agentes sob o formato de surpresa, aprovação, em tom divertido e como um desconforto - principalmente quando ligado a familiares. Questões culturais relativas a gênero e que permeiam a sexualidade foram alvo de reflexões pelos grupos. Além disso, as discussões também abordaram o exercício da sexualidade homoafetiva como uma das possibilidades encontradas nos territórios.

Durante a oficina, as agentes criaram estratégias de multiplicação do tema em suas comunidades: conversas sobre o assunto em grupos de sala de espera; intervenções em grupos com grande participação de idosos; abordagem de aspectos relacionados à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, como o uso de preservativos e o incentivo à testagem rápida nas unidades de saúde.

## **Considerações Finais**

A partir dessa experiência durante o Curso de Especialização, pude conhecer e intervir na gestão do trabalho em saúde através de uma proposta consoante às políticas públicas de Educação Permanente em Saúde e de Atenção Básica. A intenção dessa experiência foi ativar processos que vão ao encontro desse contexto, contribuindo na implementação de políticas públicas

com potencial de impacto para o estabelecimento do SUS. Assim, as oficinas de Educação Permanente em Saúde com ACS suscitaram trocas de experiências e coletivização de impressões referentes ao trabalho, criação de possibilidades de se trabalhar, expansão da percepção a respeito das situações encontradas no trabalho nos territórios. Também permearam os encontros o estabelecimento de limites, no sentido de autocuidado e preservação da própria saúde enquanto trabalhadoras, a promoção de um espaço de escuta enquanto categoria profissional, o ganho de conhecimento e o encontro com motivações para o trabalho .

## Referências

ATLAS BRASIL. Índice de desenvolvimento humano. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/gravatai\\_rs#:~:text=O%20C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Humano,IDHM%20entre%200%2C700%20e%200%2C799](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/gravatai_rs#:~:text=O%20C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Humano,IDHM%20entre%200%2C700%20e%200%2C799)). Acesso em: 29 Nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacao-original-154714-pl.html>>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

BRASIL. 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) Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

CANAL PSICOLOGIA NEWS. Reforma Psiquiátrica Parte 2. 2017. Vídeo de 05:50 min. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=QA\\_zFKh-8hM&t=97s](https://www.youtube.com/watch?v=QA_zFKh-8hM&t=97s)>. Acesso em: 29 Nov. 2019.

FEUERWERKER, Laura Camargo. Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

IBGE. Cidades. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/gravatai/panorama>. Acesso em: 29 Nov. 2019.

MEHRY, Emerson Elias. 1 vídeo (15:52 min). EPS em Movimento – Emerson Elias Mehry. **Publicado pelo canal Bruno Vinicius**, 2014. Disponível em: <<https://youtu.be/o-nApG0Wgks>>. Acesso em: 29 Nov. 2019.







## Capítulo 16

# EDUCAÇÃO PERMANENTE ENQUANTO DISPOSITIVO DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

*Giselda Faes Kichler*

*Rosemarie Gartner Tschiedel*

### **Introdução**

Este resumo objetiva apresentar o trabalho realizado através do curso de especialização Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O curso objetivou a qualificação e desenvolvimento de habilidades, competências, valores e atitudes profissionais no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde através de ferramentas teóricas e teórico-práticas.

A intervenção foi realizada por uma das autoras enquanto bolsista-cursista do curso, tendo como campo de atuação a Secretaria Municipal de Saúde de um município da região metropolitana de Porto Alegre com cerca de 80 mil habitantes (IBGE, 2010). As áreas de trabalho do município, priorizadas para a atuação, foram a Atenção Básica (AB), com 11 unidades de saúde, sendo 6 de Estratégia de Saúde da Família (ESF's) e 5 Unida-

des Básicas de Saúde (UBs's); e a saúde mental abrangendo um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e outras Drogas, um CAPS II e um CAPS Infantil.

O foco da produção foi a educação permanente e sua repercussão no processo de trabalho. Segundo Silva *et al.* (2019), a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), instituída pela portaria 198/2004, baseia-se no quadrilátero da formação: ensino, atenção, gestão e controle social. Ainda segundo estes autores, o campo da EPS é caracterizado por uma construção constante, enviesado por lógicas diversas. Nela foram propostas transformações relevantes na formação e no método de um desenvolvimento de pessoal permanente (SILVA *et al.*, 2016). Segundo Weigelt *et al.* (2015), a gestão do trabalho e da educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a incumbência de aprimorar conhecimentos e ações que propiciem desenvolver estratégias que se voltem para a eficiência e êxito dos serviços de saúde e para o aprimoramento do atendimento à população; assim como viabilizar reflexões sobre os cenários profissionais do sistema de saúde, colaborando para qualificar a gestão e a assistência.

## **Metodologia**

Partiu-se da premissa de acompanhar profissionais que trabalham no município e suas realidades, através da inserção nos campos de cada uma (atenção primária e saúde mental) e das necessidades do município, bem como através da perspectiva de uma das temáticas trabalhadas no curso - a Educação Per-

manente em Saúde. Para tanto, foi proposto um levantamento junto aos serviços de saúde sobre o tema educação permanente, em diferentes níveis de atenção do município. O período compreendido foi entre o último semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019.

Os serviços foram contatados previamente. Neste contato inicial era explicado como ocorreria o diálogo com a coordenação e com os profissionais. Os participantes foram selecionados aleatoriamente, através de critérios de disponibilidade de tempo e desejo de responder. As perguntas foram: Você percebe momentos de educação permanente na equipe? Alguém solicita/estimula a educação permanente na equipe? Que temas você gostaria que fossem abordados?

Os registros foram elaborados através de relatórios do levantamento e redigidos a partir das respostas fornecidas pelos/as profissionais. Os serviços que participaram do levantamento foram 11 unidades de atenção primária à saúde: (6 ESF e 5 UBS's) e serviços de atenção secundária: CAPS Infância e Juventude, CAPS II e CAPS Álcool e outras Drogas.

## **Resultados e discussão**

Na Atenção Primária, em retorno ao primeiro tema, intitulado percepção de momentos de educação permanente na equipe: a maioria dos profissionais percebem estes momentos, seja na reunião de equipe, na praça, na escola; durante ou após o horário de trabalho, em momentos informais, mensalmente

ou quinzenalmente. Igualmente, através do espaço organizado pela gestão “Sábado com Saúde”, Telessaúde, assuntos relacionados a ações preconizadas em datas do calendário da saúde (outubro rosa, novembro azul, etc), troca de vivências, rodas de conversa, discussões de caso, sala de espera, grupos, cursos, capacitações, com o NUMESC, com o NASEF, compartilhando experiências ou de maneira informal. Portanto, é possível vislumbrar que coexistem percepções de educação permanente e, conforme a dinâmica de trabalho e disponibilidade da equipe, a periodicidade muda também. A educação permanente necessita estar configurada conforme as necessidades e particularidades de cada setor de trabalho, de modo a alcançar as mudanças nas formas de atenção e gestão (SILVA *et al.*, 2016). As condições para uma gestão participativa são efetivadas através de mecanismos diversos, seja por reuniões formais e/ou mesmo conversas informais, onde se desenvolvem reflexões em equipe (LOPES *et al.*, 2019).

No segundo tema, intitulado solicitação/estímulo para a educação permanente na equipe, o retorno foi para que o estímulo vem dos coordenadores das unidades, coordenação da atenção básica, profissionais das unidades, secretaria da saúde e participação por interesse em banco de horas. Sendo uma premissa do trabalho no Sistema Único de Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente, a educação permanente já faz parte da cultura da maioria dos serviços. Apesar disto, os percalços encontram-se muitas vezes no planejamento e na concretização desta. Também foram levantados temas de interesse para as capacitações: acolhimento, atualizações em procedimentos,

acesso, acesso avançado, consumo racional de açúcar, usuários com HIV, saúde da gestante, IST's, relações de trabalho, campanhas de saúde, educação popular, controle social.

Na Saúde Mental, no primeiro tema - percepção de momentos de EP na equipe - há uma percepção positiva por parte da maioria dos entrevistados. Segundo eles, os momentos ocorrem no CAPS e em eventos externos, nos “Sábados com Saúde Mental”; seminário teórico com estagiários; em ações pontuais; discussão de assuntos nas reuniões; distribuição de materiais na equipe; informativo de cursos. Apesar de a maioria identificar momentos de educação permanente, surgem algumas ressalvas pontuando que esta não ocorre dentro das equipes. Ou comentários de que nas reuniões de equipe somente são divulgadas capacitações externas. Por exemplo: poderia haver mais trocas; palestras, o que não é sistemático; dificuldade de concretizar; distribuição de materiais na equipe, mas sem implicação de todos; na reunião de equipe se divulgam as capacitações; há reunião a cada dois meses para assuntos referentes ao trabalho do CAPS; informal: não é considerada nem percebida.

Em relação ao segundo tema - solicitação/estímulo para a EP na equipe - foram comentados os tópicos: que a coordenação propõe esporadicamente; equipe solicita, mas não tem organização; coordenadora passa informações e incentiva mas equipe não demanda; pessoas novas que não têm experiência na área; todos/maioria da equipe têm esta demanda; nem toda a equipe quer - falta de motivação para formação; coordenação estimula, mas não tem tempo nem espaço para isto; rede traz questiona-

mentos. Não tem liberação, nem incentivo financeiro. Educação permanente não é valorizada no plano de carreira.

Dentre os temas sugeridos foram elencados: funcionamento dos CAPS, processos de trabalho, capacitação sobre situação de crise, relação com a rede, processo de trabalho - mudança da política. Discussão de caso. Atenção à crise.

Plano de carreira poderia contemplar incentivo à capacitação. Incentivar profissionais através de banco de horas e certificação. Cuidado do servidor – momento para que ele possa se olhar e se cuidar.

Sublinha-se que, tanto pelos comentários como na literatura, geralmente a educação permanente em saúde mental tem como foco os outros serviços de saúde; entretanto, não ocorrendo tanto quanto poderia/deveria nos serviços próprios de saúde mental. Outro ponto importante a destacar, é que alguns profissionais pontuaram a importância de um trabalho de supervisão institucional na equipe, com profissionais externos.

## **Considerações finais**

Através do olhar dos profissionais de serviços de saúde do município, sobre o tema educação permanente, fez-se possível vislumbrar as demandas da rede em relação a esta temática. O resultado deste trabalho forneceu subsídios para que a gestão da Atenção Básica pensasse e planejasse capacitações para núcleos profissionais da Atenção Básica; bem como ocorreu com os núcleos profissionais da atenção secundária. Segundo Silva *et al.*

(2016), pensando a partir de uma perspectiva da integralidade do cuidado, a atenção à saúde está direta e indiretamente relacionada aos modos de ações educativas propostas aos trabalhadores.

Com este trabalho foi possível constatar que a educação permanente produz ferramentas que proporcionam às/aos profissionais uma análise do processo de trabalho, na medida em que indica os pontos que precisam ser melhorados. Seja através da percepção da necessidade de realizar reuniões de equipe que não sejam meramente burocráticas ou informativas, seja para pensar estratégias inéditas para lidar com situações do cotidiano ou mesmo para repensar o papel enquanto profissional de saúde.

## Referências

LOPES, Maria Tereza Soares Rezende *et al.* Educação Permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, 23: e-1161, 2019.

SILVA, Luiz Anacleto da Silva *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 765-781, set./dez. 2016.

SILVA, Kenia Lara da Silva *et al.* Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(2): e0019222.







## Capítulo 17

# FORMAÇÃO MÉDICA A PARTIR DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Déborah Alline de Matos Lacerda*

*Míriam Thais Guterres Dias*

### **Introdução**

O Programa Mais Médicos (PMM) foi implementado através da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013 e posteriormente pela Lei nº 12.871/2013, constituído a partir de três eixos: Provimento Emergencial, Educação e Infraestrutura (BRASIL, 2013). No eixo Educação estabeleceu novo marco regulatório na formação médica do país através da expansão e interiorização de vagas de graduação em medicina e de residência médica.

O provimento emergencial do programa, inserindo médicos intercambistas no país representou uma resposta de curto prazo ao problema. Entretanto, a principal linha do programa concentrou-se no eixo educação, propondo a expansão dos cursos de graduação em medicina e o aumento de vagas nas escolas médicas do país. O aumento do número de vagas nos cursos de medicina está vinculado à reordenação da oferta do curso e

de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante (BRASIL, 2018).

A meta assumida pelo Programa visava chegar a 600 mil médicos em 2026, quando o Brasil alcançaria o patamar de 2,7 médicos por mil habitantes, vide os aproximadamente 380 mil médicos registrados antes do programa. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) “é pelo eixo formação que será possível fazer frente, em caráter permanente, ao problema da falta de profissionais”. Para consecução da meta prevista, o Governo Federal definiu o quantitativo de 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil vagas de residência até o ano de 2017 (BRASIL, 2015).

Dessa forma, compõem o Programa um plano de expansão da graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e especialistas. Segundo dados disponíveis no sistema e-MEC, até janeiro de 2018 foram abertas 11.511 novas vagas nos cursos de graduação em medicina do país, sendo 2.198 vagas em Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e 9.313 vagas em instituições privadas (MEC, 2019).

Além da expansão de vagas, o Programa Mais Médicos desencadeou também a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação médica, em 2014, estabelecendo que a formação do graduando em medicina deva abranger três áreas centrais: Atenção à saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (BRASIL, 2014). A nova versão da DCN afirma a centrali-

dade da formação na Atenção Básica, a perspectiva de formação na rede de atenção à saúde no SUS, o aprimoramento da integração ensino-serviço-comunidade, fortalecendo a perspectiva da indissociabilidade entre formação, atenção em saúde e participação popular.

## **Metodologia**

O presente estudo, apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde buscou realizar revisão integrativa sobre o eixo Educação do Programa Mais Médicos. Considero aqui, para definição do objeto de estudo, meu percurso formativo como Bacharela em Saúde Coletiva e as vivências posteriores na modalidade de ensino-serviço, na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, e na Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Espaços estes que me possibilitaram conhecer e contemplar dimensões do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino, gestão, atenção e controle social, definidos por Ceccim e Feuerwerker (2004), e assim compreender o potencial formativo do cotidiano de trabalho em saúde.

O caminho metodológico consistiu em estudo qualitativo de revisão integrativa (ROTHER, 2007) com artigos publicados em plataformas on-line sobre o eixo educação do Programa Mais Médicos, no período de 2013 a 2019.

Inicialmente estabeleceu-se os critérios de inclusão para selecionar os artigos pesquisados, sendo: artigos científicos publicados em revistas de língua portuguesa, no recorte temporal de 2013 a 2019, ou seja, do ano de criação do PMM até o momento da pesquisa, e situados nas seguintes plataformas: BVS Saúde, ScIELO, LILACS e MEDLINE. A pesquisa dos artigos ocorreu no mês de outubro de 2019, através da combinação das palavras: “Programa Mais Médicos” e “Formação Médica”.

Na fase seguinte iniciou-se o processo de seleção, excluindo os artigos repetidos e aqueles em que o conteúdo não correspondia ao eixo educação. Dos 22 artigos retornados na pesquisa inicial, 12 constituíram a amostra final.

## **Resultados**

Identificou-se cinco categorias para análise da revisão de literatura: vagas em cursos de graduação em medicina; vagas em Residência de Medicina da Família e Comunidade (RMFC); Interiorização das vagas de graduação e de Residência em Medicina da Família e Comunidade; Expansão de vagas em Instituições Públicas e em Instituições Privadas, e Diretrizes Curriculares Nacionais.

O PMM consolidou uma série de mudanças na formação médica, respondendo às necessidades de expansão de vagas de graduação e Residência, e de uma formação com enfoque nas necessidades do sistema de saúde brasileiro.

Segundo Matias *et al.*, (2019), as publicações sobre o PMM o confirmam como estratégia potencialmente reordenadora da formação médica, visto ter sido elaborado a partir das reais necessidades do país e do SUS, colocando o Estado como agente regulador. Corroboram com Matias *et al.*, (2019), o estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2019a), dois anos após o início do Programa, onde o PMM já apresentava avanço na expansão de vagas e na mudança legal do modo de expandir as escolas privadas. Nos dois primeiros anos do PMM, foram criadas 6.391 vagas de graduação em medicina, ou seja, 55% da meta definida pelo programa, e uma redução parcial das desigualdades regionais (OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

Observou-se no processo de expansão o forte componente da Interiorização, direcionando as vagas para as regiões que historicamente registram maior escassez médica. Contudo, a interiorização traz consigo outros desafios a serem superados no que se refere à qualidade da formação, como o desenvolvimento dos campos de prática para internato e residência, que ainda são precários, e estímulo a docentes médicos para se fixarem nas regiões contempladas com as escolas médicas do programa.

Houve no período, de 2013 a 2015, o incremento de 9.587 novas vagas de Residência Médica no país. Outro ponto apresentado por Oliveira *et al.*, (2019b) foi a definição da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como pré-requisito para outras especialidades, ou seja, que a maioria dos médicos tivessem formação de um ou dois anos em MFC, ainda que optassem

por se dedicar a outra especialidade. Nesse sentido, os autores apontam esta orientação na formação médica como grande desafio do PMM, pela necessidade em criar viabilidade para a implantação de programas e promover a ocupação de vagas por parte dos egressos da graduação.

Dos relatos de experiências sobre os efeitos das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, notou-se além das metodologias ativas de aprendizagem, o fortalecimento da relação ensino, serviço e comunidade e a aproximação do currículo médico com a Atenção Primária em Saúde, ordenadora do cuidado em rede e principal razão para a implementação desta política pública (FONSECA, SOUZA, 2019).

## **Considerações Finais**

Com o eixo formação fortalecido, ressalta-se que para resolver o problema central da escassez de médicos na APS, as políticas e estratégias de educação na saúde e gestão do trabalho precisam estar alinhadas, garantindo os requisitos básicos para o trabalho em saúde, como condições adequadas de trabalho, plano de carreira e salários e valorização profissional.

Definido como objetivo de médio a longo prazo, o eixo formação do PMM, requer estudos contínuos que contemplem os efeitos da expansão de vagas, das mudanças curriculares, da interiorização e das contrapartidas das instituições de ensino privadas para a rede SUS.

## Referências

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1587\\_4-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1587_4-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa Mais Médicos.** Brasília, DF, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Sistema e-MEC.** Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>, nov. 2019.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

FONSECA, G.S.; SOUZA, J.V.G. A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180059, 2019.

MATIAS, M.C. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 115-127, Sept. 2019.

OLIVEIRA, F.P. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170949, 2019a.

OLIVEIRA, F.P. *et al.* O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180008, 2019b.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Acesso em: 12 dez. 2019.



**Voltar ao  
Sumário**



SEÇÃO IV

**SAÚDE MENTAL  
E SISTEMA DE INFORMAÇÕES**



## Capítulo 18

# PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA TRABALHADORES DO SUS: REFLEXOS DO PANORAMA DA ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

*Tiago Giorgi Von Mühlen  
Míriam Thais Guterres Dias*

### **Introdução**

Dados do Boletim Epidemiológico de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil (BRASIL, 2019), referentes ao período 2006-2017 revelaram que as notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho vêm crescendo em todo o Brasil. Esses dados podem ser encarados como um lembrete permanente da necessidade de inclusão de políticas públicas sobre ações de prevenção em Saúde Mental do Trabalhador. Destarte a existência de ações e políticas em Saúde do Trabalhador que englobam algum foco em Saúde Mental nos serviços do SUS, verifica-se um significativo e crescente índice de adoecimento psíquico da categoria específica dos “profissionais de saúde do SUS”, os quais também precisam de atenção. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a existência de intervenções de prevenção em saúde mental para os trabalhadores do SUS, tendo como objetivos secundários identificar quais assuntos referentes

à saúde mental do trabalhador do SUS tem sido objeto de maior interesse por parte de pesquisadores de saúde pública, e também realizar uma análise crítica sobre a situação da atenção em saúde mental do trabalhador do SUS e sua relação com as políticas públicas de Saúde do Trabalhador.

## **Metodologia**

Como procedimento metodológico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período entre 13/08/2019 e 15/09/2019 nas bases de dados científicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO para verificar produções que pudessem referir alguma experiência prática com ações voltadas à prevenção e promoção de saúde mental para trabalhadores do SUS. Em ambos os portais foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: 01) “Saúde Mental e Trabalhador de Saúde”; 02) “Prevenção em saúde mental e Trabalho”; 03) “Prevenção em saúde mental e profissionais de saúde”; 04) “Promoção de saúde e trabalhador do SUS” e 05) “Ações em saúde Mental do Trabalhador”. Realizou-se, de acordo com as fases da pesquisa bibliográfica, as leituras exploratória, seletiva e analítica (GIL, 2002), as quais corresponderam a um maior aprofundamento da leitura, na medida em que as buscas foram avançando e sendo selecionadas. A palavra “promoção de saúde”, utilizada como descritor, foi incluída como uma alternativa extra de busca, devido ao seu conceito estar próximo ao de prevenção.

## Resultados

Em relação aos resultados da pesquisa, um total de 400 publicações foram visitadas em caráter exploratório. Destas, 31 publicações foram pré-selecionadas para leitura seletiva, mas apenas 12 publicações contribuíram analiticamente para encontrar respostas ao problema da pesquisa.

As publicações em saúde mental relativas aos trabalhadores de saúde do SUS referiram-se a aspectos que puderam ser resumidos da seguinte maneira: 1) Estudos sobre a interferência das características do trabalho na saúde mental, com suas peculiaridades para cada nível de atenção e tipos de serviços; 2) Descrição dos tipos de psicopatologia e produção de sintomas manifestados pelos profissionais em seus locais de trabalho; 3) Realização de ações centradas na atenção (assistência) ao sofrimento já instalado, a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e 4) Estudos sobre a qualidade de vida do trabalhador, referentes a um “entorno” saudável, no que diz respeito a comportamentos, atitudes e ações do trabalhador, manifestados fora dos locais de trabalho, mas que refletem no seu cotidiano de trabalho. Assim, através da análise dos resultados obtidos na pesquisa bibliográfica foi possível concluir pela ausência de intervenções de prevenção em saúde mental para trabalhadores do SUS.

A realidade reflete o fato de que a questão Saúde Mental em Saúde do Trabalhador ainda é precária como políticas públicas do SUS, começando pela própria assistência. Alguns porquês

puderam ser compreendidos sobre esse fenômeno. Primeiramente a constatação de uma dificuldade dos próprios profissionais de saúde em estabelecer nexos causais entre adoecimento psíquico e trabalho. Autores como Bottega e Merlo (2017) e Machado *et al.* (2018), indicam que apropriar-se dos estudos provindos da Clínica do Trabalho podem contribuir para trabalhos em grupos na área (tanto assistenciais como preventivos).

Justamente dessas intervenções proporcionadas pelas clínicas do trabalho é que reside uma segunda pista sobre a origem do descuido com os trabalhadores do SUS. Trata-se de lacunas nas bases educacionais tanto nas formações em *educação continuada*, como nas formações em *educação permanente* para os profissionais da área da saúde. As formações em educação continuada precisam desenvolver orientações teóricas e práticas da Clínica do Trabalho, com contribuições da Psicologia da Atividade de trabalho e da psicodinâmica do trabalho, instrumentalizando os profissionais para que ofereçam melhor atenção à saúde mental dos trabalhadores (SOUZA, BRITO e ATHAYDE, 2018). As ações em educação permanente teriam por finalidade dar o prosseguimento prático no cotidiano de trabalho a respeito dos conhecimentos adquiridos nas formações continuadas.

Um terceiro fator que pode explicar o fenômeno da ausência de intervenções em prevenção em saúde mental para trabalhadores do SUS são as dificuldades científicas encontradas para quem pesquisa prevenção em saúde mental no Brasil. Os estudos das autoras Abreu e Murta (2018) revelam que a experiência dos pesquisadores brasileiros com esse tema difere do proposto pela

literatura, por ser acrescido de uma fase de validação dos instrumentos, adiando as etapas de implantação de intervenções preventivas. Por outro lado, os pesquisadores entrevistados pelas autoras referiram que a cultura do *Lattes*, no que se traduz em pressão por publicações, pode explicar o investimento maior em pesquisas de natureza descritiva, em detrimento às pesquisas de intervenção.

## **Considerações Finais**

Ao final desta pesquisa bibliográfica pode-se concluir pela ausência de intervenções de prevenção em saúde mental para o trabalhador do SUS. A conclusão traz outros questionamentos, como sobre o porquê desse fenômeno. Em uma visão otimista, se poderia acreditar na possibilidade de haver intervenções sendo conduzidas de forma empírica nos recônditos de alguns serviços de saúde para beneficiar trabalhadores do SUS. Nesse caso elas só não estariam em evidência. De qualquer forma não seria tão simples descobri-las. Pode-se pensar que, num futuro, desde que se pudesse contar com o apoio dos gestores locais, os profissionais disponíveis e interessados pelas contribuições da Clínica do Trabalho, poderiam auxiliar e acompanhar a criação de grupos entre as equipes de trabalhadores do SUS, para reflexão, identificação, reivindicação e mobilização de ações que julguem impactantes na prevenção em saúde mental, dentro de suas possibilidades e realidades. Precisaria, no presente, de formação adequada em educação continuada dos próprios profissionais de saúde e de ações de educação permanente que levem em consideração os estudos da clínica do trabalho.

Todavia, se observa que a ausência de ações de prevenção em saúde mental para o trabalhador do SUS deriva de uma realidade mais dura e primária que esta: o fato de que, em Saúde do Trabalhador, as políticas públicas do SUS ainda não dão a devida atenção para a questão da prevenção em saúde mental dos trabalhadores. A saúde mental do trabalhador parece ainda engatinhar em termos de abrangência de assistência. E com carências na assistência, como pensar no desenvolvimento de ações de prevenção, quando se considera uma ordem de prioridades, dado o contingente de trabalhadores já adoecidos e que adoecem diariamente? Como nos alerta Vasconcellos e Aguiar (2017), é preciso começar a respeitar os instrumentos normativos de operacionalização da gestão do SUS (NOB – SUS), a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90 para que se chegue à devida atenção em saúde mental do trabalhador do SUS, juntamente com a de todos os demais trabalhadores.

## Referências

ABREU, Samia; MURTA, Sheila Gardini. A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: A Perspectiva de Especialistas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e34413, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722018000100512&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100512&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Nov. 2019.

BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Alvaro Crespo. Clínica do trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, e156376, 2017.



Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822017000100222&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100222&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Dec. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Boletim Epidemiológico Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil**, 2006–2017, Abril/2019 – Edição nº 13, ano IX. Disponível em <<http://renas-tonline.ensp.fiocruz.br/recursos/boletim-epidemiologico-transtornos-mentais-relacionados-trabalho-brasil-2006-2017>>. Acesso em 09 Nov 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MACHADO, Katusci Lehnhard *et al.* Mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: intervenção em saúde do trabalhador por meio da clínica psicodinâmica do trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 43, supl. 1, e 12s, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572018001000203&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000203&lng=en&nrm=iso)>. Access on 08 Dec. 2019.

SOUZA, Wladimir Ferreira; BRITO, Jussara Cruz de; ATHAYDE, Milton Raimundo Cidreira de. Formação, saúde mental e trabalho: um patrimônio e uma estratégia. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 121-130, Aug. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922018000200121&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000200121&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 Dec. 2019.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; AGUIAR, Luciene. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, Apr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0605.pdf>. Access on 17 Dec. 2019.



**Voltar ao  
Sumário**

## Capítulo 19

# MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO INSTRUMENTO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL

*Alice Moreira Da Costa*  
*Míriam Thais Guterres Dias*

### **Introdução**

Este capítulo visa apresentar o relato de experiência do processo de ensino-serviço realizado durante o Curso de Especialização em Educação em Saúde Coletiva: gestão do trabalho e da educação em saúde da UFRGS, ocasião em que uma autora era cursista e bolsista do referido curso. A realização deste processo de ensino-serviço ocorreu junto ao Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS, 2020), que tem como finalidade congrega secretários e dirigentes municipais de saúde, funcionando como órgão permanente de intercâmbio e troca de experiência. A concretização da proposta contou com o suporte da Apoiadora Regional do Cosems.

O objetivo da intervenção foi de realizar um mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da 18ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, para auxiliar os respectivos

secretários de saúde na tomada de decisão sobre a implementação e capacitação para a atenção em saúde mental na atenção primária nos seus municípios. O relato de experiência propicia a divulgação desta proposta, que pode colaborar com outras regiões de saúde do estado, e reflexões sobre os desafios na atenção desta política para a população.

As Regiões de Saúde foram criadas a partir do Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2011 a), e no estado do RS foram regulamentadas pela Resolução da Comissão Bipartite -CIB nº 555/2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2012). A região de saúde define os “limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde” e deste modo, organiza a oferta das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010 a, p. 4).

A saúde mental no Brasil passou por significativas mudanças nos modos de produzir cuidado. Se teve os hospitais psiquiátricos como modelo manicomial hegemônico de atenção, instituições que desrespeitavam os direitos humanos, geravam isolamento social e afetivo, agravando a saúde psíquica das pessoas (AMARANTE, 1995; DIAS, 2012). Este modelo sofreu críticas por parte do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que associado com vários atores sociais do país, provocou a realização de Conferências Nacionais quando uma nova política nacional de saúde mental foi construída (BRASIL, 1987, 2010b).

A atenção em saúde mental foi concebida como atenção psicossocial e em forma de rede municipal e comunitária, sistematizada pela Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011b), que insti-

tui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), direcionada ao cuidado em saúde de 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. Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde da população, quais sejam: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um ponto especializado da RAPS (BRASIL, 2002), como serviços de saúde mental de caráter aberto, comunitário e com abordagem interdisciplinar para o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No panorama atual, de mudanças nas políticas públicas construídas nas últimas décadas, a RAPS foi alterada pela Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), incluindo o hospital psiquiátrico como um dispositivo de cuidado. Essa portaria vai na contramão da reforma psiquiátrica construída no país e da RAPS que organiza o cuidado em rede, pois retira a responsabilidade da atenção básica, que fica como serviço encaminhador, e retrocede na lógica de cuidados nos territórios de vida que visa a inserção social e a promoção de saúde (SOUSA; JORGE, 2019).

A Atenção Básica é o espaço prioritário de cuidado no Sistema Único de Saúde, como preconizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, que em 2018 lançou o Relatório 30

anos de SUS. Que SUS para 2030? Neste aparecem os dados de cobertura deste nível de atenção no Brasil: “entre os anos 2000 a 2018 ocorreu a expansão da cobertura, de 13 milhões para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população, de forma predominante nas regiões mais pobres” (OPAS, 2018, p. 67).

A ampliação da cobertura da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorre concomitante ao aumento do adoecimento psíquico no país, que “apresenta características demográficas e econômicas que têm sido apontadas de forma consistente como o pano de fundo para o aumento da incidência e persistência de transtornos mentais na população geral” (LOPES, 2020, p. 1).

Contudo, a efetivação das políticas públicas constitucionais, e neste caso a da saúde mental, requer um conjunto de condições para a sua efetivação, e dentre estas, uma central é o seu financiamento. Mas, a realidade é que

Esses últimos 30 anos, que coincidem com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido marcados por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, constituindo-se em um subfinanciamento estrutural desse sistema (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018, p. 225).

A atenção psicossocial é ofertada pelos municípios por meio dos serviços com seus profissionais, com recursos próprios e cofinanciamento da União. Contudo, a Emenda Constitucio-

nal de número 95/2016 (BRASIL, 2016) instituiu um novo regime fiscal para vigorar até 2036, impondo limitação de gastos e investimentos públicos, especialmente nos serviços de natureza social, agravando as dificuldades já existentes na oferta necessária de políticas sociais para a população brasileira.

### **Mapeamento da RAPS da 18ª Região de Saúde: caminhos para o fortalecimento das ações em saúde mental**

A 18ª Região de Saúde é a Região das Araucárias localizada na Macrorregião Norte do estado do RS, com 133.367 habitantes em 2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Nesse cenário, com municípios com baixa densidade populacional, a Atenção Básica é a principal oferta de saúde à população, por sua característica de ser o “primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2010, p. 4).

A primeira questão do formulário do mapeamento da RAPS foi quanto à presença de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos municípios da região. Constatou-se que em três municípios, com cerca de 20mil habitantes, possuem o CAPS I, pois de acordo com a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), os CAPS e demais serviços da RAPS, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são organizados por critério populacional.

Verificado que em 25% dos municípios se realizam grupos de saúde mental na Atenção Básica, e que 12,5% implementa-

ram equipes de matriciamento em saúde mental, com ações de apoio, discussões de casos e atendimentos das situações de sofrimento psíquico. Outros 12,5% enfatizam os leitos para saúde mental em hospitais gerais, considerando que internações são necessárias em alguns casos. Mas destaca-se que para a resolutividade no tratamento em saúde mental se requer a vinculação dos usuários na Atenção Básica, pois somente a oferta de leitos não efetiva o cuidado necessário e permanente.

Vários municípios referiram que também contam com outros serviços, como ambulatórios de saúde mental, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e grupo de trabalho em saúde mental. Constata-se parte significativa dos municípios da região reconhecem e efetivam a Política Nacional de Saúde Mental, que apoiada na lei 10.216/01, “busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece” (BARROS; SALLES, 2011, p. 1781).

O modelo de cuidado em destaque é de base comunitária, para isso a formação de profissionais é essencial, para realizar ações de capacitação de equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental que considere os direitos de cidadania e as ações articuladas por equipes multiprofissionais, elementos necessários para o cuidado integral. A Política Nacional de Saúde Mental tem como objetivos:



[...] incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o Programa de Volta Para Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator, entre outros (BARROS; SALLES, 2011).

As respostas dos municípios das duas outras questões do mapeamento, *como o município atende as situações de saúde mental e as dificuldades enfrentadas nos casos que necessitam de serviços de saúde mental*, possibilitaram a criação das categorias analíticas de trabalho em rede e trabalho fragmentado. Estas expressam a realidade dos municípios brasileiros quanto à capacidade, ou ausência, de ofertar as políticas públicas, na sua condição de um dos entes federados do país. Uma das dificuldades é o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, pois

Em um contexto que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios brasileiros ampliam de modo expressivo seus gastos no setor, alocando proporção das receitas próprias (tributação direta somada às transferências intergovernamentais obrigatórias da União e dos estados) em níveis superiores aos determinados constitucional-

mente (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017, p. 953).

O trabalho em rede está presente quando verificado que a atenção básica identifica as necessidades e faz atendimento individual, grupo de saúde mental e oficinas terapêuticas. E conta com as equipes da atenção básica, com grupos de trabalho de saúde mental, e uma articulação com as demais políticas setoriais, principalmente com a da Assistência Social, por meio de reuniões de rede. O trabalho fragmentado é expresso com a reduzida oferta de atendimento, este centrado em alguns profissionais, e encaminhamentos ao psiquiatra nas situações mais urgentes e graves, com predominância de atendimento individualizado.

As respostas evidenciam que municípios trabalham na lógica do trabalho em rede e a compreensão da importância da intersetorialidade, de organizar o acesso à educação, aos serviços da assistência social, oferta de grupos terapêuticos na Atenção Básica, que são espaços de ampliação de autonomia e enfrentamento às questões como violência, e para a construção de redes de solidariedade. E o trabalho fragmentado se expressa pela ênfase dos cuidados em saúde mental através de consultas com especialistas. O trabalho desses profissionais é fundamental, mas deve ser realizado no conjunto de ações que garantam a cidadania e o acesso aos direitos sociais.

Quanto as dificuldades enfrentadas pelo município para o atendimento em saúde mental, o trabalho em rede se evidencia

na indicação de que as equipes técnicas são reduzidas, dificultando a realização de matriciamento com a atenção básica; falta de uma estrutura para a realização de grupos; e falta de capacitação específica na área, para poder atender de maneira correta a demanda. Já, as expressões da existência de um trabalho fragmentado, está com a indicação da necessidade de mais disponibilidade de leitos; mais consultas com especialistas e acesso a consultas em psiquiatria.

As categorias trabalho em rede e trabalho fragmentado, demonstram a existência de diferentes entendimentos do cuidado em saúde mental. De um lado o trabalho fragmentado, na lógica da especialidade e internações, que não produzem possibilidades de reinserção social. E, de outro, se tem o trabalho em rede, com a lógica do cuidado compartilhado, participação social e comunitária, direitos de cidadania e corresponsabilização (AMARANTE, 2005; YASUI, 2010; DIAS, 2012).

Faz-se necessário o fortalecimento dos modos de atenção em saúde mental que priorizem o cuidado nos territórios de vida e da rede de serviços, pois “o social é exigência da vida humana e não está diretamente relacionado à questão da doença como se fosse uma relação causal” (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 124). A Atenção Básica é um dos pontos da RAS, e para a sua efetividade, se requer que a saúde mental seja identificada como constitutiva dos sujeitos e essencial no cuidado integral. O adoecimento psíquico é resultante de múltiplas causas, e é agravado pelas condições de vida dos sujeitos, como emprego, situações de violência entre tantos outros.

Se precisa avançar na elaboração de novos conceitos e práticas pertinentes ao campo da Atenção Psicossocial, fundamentadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Isto possibilitaria a aproximação com uma clínica criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades. E a Atenção Básica é terreno fértil e campo prioritário para estas ações inovadoras e constitutivas, pois está ao lado da vida das pessoas e coletivos (SOUZA; RIVERA, 2010).

## **Considerações Finais**

A realização do mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial foi um instrumento de qualificação da gestão em saúde mental nos municípios da 18ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, proporcionado pelo Cosems enquanto órgão apoiador dos municípios na cobertura de ações e serviços de saúde do SUS. Esta ação realizada no âmbito da formação especializada possibilitou um conhecimento sistematizado sobre a realidade da oferta de serviços de saúde mental na região, que pode auxiliar a gestão na programação de incrementos necessários a ampliação da oferta de serviços, considerando suas possibilidades concretas de financiamento.

Para além de conceitos como responsabilização, vínculo, cuidado no território, entre outros, faz-se necessário desenvolver práticas de ampliação de redes de apoio e cuidado, de acesso aos direitos humanos e sociais e a identificação de situações geradoras e amplificadoras de sofrimento psíquico como as violências e a exclusão social. Assim como auxiliar no reconhecimento

das formas de se relacionar e criar redes de apoio, investir em dispositivos terapêuticos que possibilitem melhorar essas condições de viver e se relacionar com o outro.

## Referências

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, C.E.L.; GONÇALVES, G.Q.; MACHADO, J.A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):953-963, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0953.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2019.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp.1780-1785. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reuspe/v45nspe2/25.pdf>. Acesso em 25 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Acesso em 25 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 4.279, de 30 de de-

zembro de 2010. **2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf). Acesso em 25 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde –SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. 2011 a. Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. 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 o uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para incluir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacao->

original-151558-pl.html. Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em 25 de novembro de 2019.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL – COSEMS/RS. Disponível em: <HTTPS://WWW.COSEMSRS.ORG.BR/QUEM-SOMOS>. Acesso em 28 de julho de 2020.

DIAS, M.T.G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 12 n. 3 p. 1024-1045 2012.

LOPES, C.S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(2):e00005020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n2/1678-4464-csp-36-02-e00005020.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 224-243, setembro 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt>. Acesso em 28 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em 2 de novembro de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 555/2012**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/20/Resolu----o-RS-555.pdf>. Acesso em 2 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em 2 de novembro de 2019.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. 2010; 4(1):105-14. Disponível em: <http://www6.enasp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em 23 de março de 2020.

SOUSA, F.S.P.; JORGE, M.S.B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(1):e0017201. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462019000100501&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 23 de março de 2020.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.



**Voltar ao  
Sumário**



## Capítulo 20

# O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Roger dos Santos Rosa*

*Bruno Tavares Rocha*

Como em qualquer organização, a informação é essencial para o gerenciamento dos serviços em saúde. Os sistemas de informação em saúde são desenvolvidos em última instância para facilitar a análise e o processo de tomada de decisões. A evolução desses sistemas ocorre de forma variada, conforme o nível de análise abrangido, apresentando peculiaridades próprias. Pretende-se nesse capítulo apresentar alguns aspectos históricos e características do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, art. 47) estabeleceu que o Ministério da Saúde organizaria, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços. O prazo original previsto era de dois anos. A mesma legislação atribuiu a todos os entes federados a organização e a coordenação do sistema de informação de

saúde (art. 15, IV). Pela mesma lei, o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo então Ministério do Trabalho e da Previdência Social, ficou assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares (art. 39, § 8º).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, o grupo de debate sobre “*Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde*” assinalava que a finalidade básica de um sistema de informação deveria ser a melhoria da prestação de serviços, objetivando contribuir para o incremento da qualidade de vida da população. Entendia-se que a unidade local de serviços de saúde não deveria ser sobrecarregada com pedidos de informações que não fossem necessárias para atingir os objetivos anteriormente descritos. Tais informações deveriam abranger dados organizacionais, operacionais e epidemiológicos. Sugeria também que parcela significativa deveria provir de informações qualitativas, obtidas através de supervisão de aspectos técnicos, de estudos especiais e pesquisas amostrais (BRASIL, 1980).

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) originou-se do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), por sua vez resultante do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), anteriormente adotados pela Previdência Social nos anos 1970. O SAMHPS foi implantado experimentalmente

em 1981 em Curitiba, no Paraná (IBGE, 2017), e substituiu o SNCPCH a partir de 1984. O SAMHPS funcionava com um mecanismo de pagamento retrospectivo dos diversos atos realizados em cada internação (unidade de serviço), valendo-se de um instrumento denominado Guia de Internação Hospitalar (GIH).

Já o SIH/SUS é um sistema de pagamento prospectivo, cuja unidade de pagamento é o procedimento realizado. Utiliza um formulário denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumento do qual se extraem todas as informações para o banco de dados utilizado. O universo do SIH/SUS corresponde a hospitais contratados e filantrópicos, a partir de 1984; hospitais universitários, públicos e privados, a partir de abril de 1988; e os demais hospitais públicos (federais, estaduais e municipais), a partir de setembro de 1989 (BUSS, 1993).

O então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi o responsável pela implantação do SIH/SUS em âmbito nacional a partir de 01/07/90 (Portaria MS/GM nº 896, de 29/06/1990). Em seguida, foi estabelecida no SIH/SUS a tabela única de remuneração para assistência à saúde no nível hospitalar (BRASIL, 1991). O acervo de informações e valores do SAMHPS e seu instrumento de captação de dados, a AIH, passaram a compor a base do SIH/SUS em toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa por força da Resolução INAMPS nº 227, de 27/07/1992 (BRASIL, 2000).

As AIHs abrangem um conjunto de variáveis, sendo as principais as de identificação do paciente, caracterização do hos-

pital e gestor, recursos pagos pela internação, natureza do evento (causa principal da internação, causas associadas, procedimento realizado, meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticos utilizados), tempo de internação e destino do paciente (MENDES *et al.*, 2000).

Essencialmente, o SIH/SUS possibilita: (i) armazenar os dados das internações hospitalares; (ii) apresentar e processar mensalmente as AIHs dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados; (iii) disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores; (iv) acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais; (v) garantir ferramenta de auxílio para as ações de controle, avaliação e auditoria locais; (vi) calcular o valor global a ser pago aos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação; (vii) conhecer gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar e todas as regras contidas no sistema; (viii) interferir oportunamente, por parte do gestor, no processamento da produção mensal da produção hospitalar (BRASIL, 2017).

O SIH/SUS foi o primeiro sistema do DATASUS, a área responsável pelo processamento de dados do SUS no Ministério da Saúde, a ter a captação de dados implementada em microcomputadores (AIH em disquete, em 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos polos de digitação. O processamento das AIHs continuou centralizado até ser descentralizado para as Secretarias de Saúde em abril de 2006,

utilizando plataforma Windows, SGBD Firebird e linguagem de programação Delphi – que é o estado em que se encontra atualmente (IBGE, 2017).

Desde os anos 1990, foram criados aplicativos como o Programa de Gestão Financeira - PGF e o Sistema de Gerenciamento da AIH - SGAIH que possibilitaram o controle dos gestores das esferas municipal e estadual do SUS sobre as “faturas” apresentadas por seus prestadores de serviços, e a criação novos instrumentos de tabulação para a análise dos dados, como o TabWin e o TabNet (BRASIL, 2017).

A implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2003 e a unificação da Tabela de Procedimentos Hospitalares e Ambulatoriais em 2008 foram medidas representativas dos esforços para a integração das bases de dados nacionais (SANTOS, 2009).

O SIH/SUS tem sido objeto de diversos estudos. Buss (1993) foi um dos primeiros autores a abordar a potencialidade do SIH como instrumento de definição de prioridades para as políticas de saúde. Explorou variáveis da assistência hospitalar, no período de 1984 a 1991, contemplando a distribuição da oferta de atenção hospitalar no país e a produção de serviços com seus custos para o SUS. Bitencourt *et al.* (2006) revisaram 76 estudos realizados de 1984 a 2003 com base nos dados do SIH/SUS. Concluíram que embora a informação hospitalar do SIH/SUS tivesse cobertura incompleta e existissem algumas incertezas sobre a confiabilidade dos seus dados, a gama de estudos mostrou consistência com o conhecimento da época. Reforçaram a im-

portância do sistema e a necessidade de entender seus pontos fortes e fracos. Santos (2009), em dissertação de mestrado profissional, elaborou documentação abrangente sobre o SIH/SUS e uma revisão de estudos desenvolvidos a partir de 2004. A autora destaca a abrangência nacional e o tempo reduzido com que as informações do SIH/SUS são disponibilizadas e sugere a

[...] inclusão de variáveis clínicas que enriqueceriam o sistema, a introdução de uma chave identificadora que facilitaria o cruzamento dos dados com outros Sistemas de Informações em Saúde, a padronização no preenchimento dos campos da AIH e o treinamento por parte de quem codifica estes dados (SANTOS, 2009, p. 9).

Para Carvalho (2009), de maneira geral, o SIH/SUS é bem aceito pelos prestadores de serviços, técnicos e titulares dos órgãos gestores das três esferas de governo, além de ser bastante utilizado por pesquisadores e estudiosos acadêmicos. A autora menciona que o SIH/SUS ainda não havia alcançado todo o seu potencial em virtude de problemas que atingem a maioria, senão todos, os sistemas de informação em saúde no Brasil, dentre os quais se destacam os relacionados à infraestrutura e à cultura da informação.

Martins e Teixeira (2017) afirmam que o SIH/SUS contribui para a identificação dos gastos hospitalares e, que apesar do inadequado preenchimento da AIH em algumas ocasiões

por parte dos profissionais, a abrangência em esfera nacional do SIH/SUS e o fácil acesso favorecem seu uso em diversos estudos. Batista, Santana e Ferrite (2019), em estudo sobre sistemas de informação que dispõem de dados relacionados a acidentes de trabalho fatais, apontam que o SIH/SUS “é uma importante fonte adicional de dados, apesar de nem sempre hospitalizações ou atendimentos de emergência ocorrer nesses casos” (BATISTA, SANTANA, FERRITE, 2019, p. 697).

Ainda em relação a Sistemas de Informação Hospitalar, em meados do ano de 2012, a equipe de desenvolvimento da Coordenação-Geral de Disseminação de Informações em Saúde (CGDIS), sediada no DATASUS do Rio de Janeiro, esteve à frente do desenvolvimento de um *software* de Gestão Hospitalar, para o Ministério da Saúde. Esse *software* posteriormente ficou conhecido como e-SUS Hospitalar, fazendo referência a um “SUS eletrônico”. O desenvolvimento do sistema e-SUS Hospitalar visava garantir uma base unificada de dados com a disponibilidade de informações clínicas - oriundas da inclusão de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), epidemiológicas e administrativas, potencializando a integração de setores dos estabelecimentos hospitalares do SUS (DATASUS, 2016). Desenvolvido em tecnologia web e com inclusão de ferramenta de workflow, o e-SUS Hospitalar poderia ser utilizado em hospitais públicos das esferas federal, estadual e municipal, objetivando a melhoria do desempenho da gestão dos estabelecimentos na medida em que possibilitaria análise dos dados e informações importantes em tempo real (DATASUS, 2016).

Houve tentativa de usabilidade do sistema, por exemplo, em seis hospitais federais pertencentes ao Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro do Ministério da Saúde e em alguns estabelecimentos hospitalares do Ceará, Bahia e São Paulo. Porém, conforme apontado por Carvalho (2009), sobre as dificuldades de se intensificar o uso de um sistema de informação, o desenvolvimento e a efetivação do e-SUS Hospitalar não evoluíram, em grande parte devido à precária infraestrutura, mas principalmente pela decisão governamental de não prosseguir o aperfeiçoamento e implantação na Rede Hospitalar do SUS.

Ressalta-se que o SIH/SUS não abrange as internações realizadas nos hospitais privados que não prestam serviços ao SUS, o que limita a sua cobertura (PEPE, 2009). Apesar disso, em 2016, o SIH/SUS processou mais de 11,2 milhões de internações financiadas pelo poder público à população brasileira. Essas hospitalizações movimentaram quase R\$ 14 bilhões, estimando-se que corresponda de 70% a 80% das internações do país. Já em 2019, o total de AIH processadas superou 12 milhões, representando cerca de R\$ 15,7 bilhões. Ainda, o valor médio pago por internação hospitalar (AIH), no período de 2016 a 2019, passou de R\$ 1.214,56 para R\$ 1.286,36.

Destaca-se assim que, mesmo não tendo sido originalmente concebido para vigilância em saúde, o SIH/SUS pode fornecer contribuições importantes para estudos de avaliação de serviços, qualidade da assistência e a avaliação da situação de saúde nas diferentes esferas subnacionais.



## Referências

BATISTA, AG, SANTANA, VS, FERRITE, S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 3. pp. 693-704. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.35132016>>. Acesso em: 07 fev. 2020.

BITTENCOURT AS, CAMACHO LAB, LEAL MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan.2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Manual Administração de Ambientes do e-SUS Hospitalar**. Guia do Usuário -Versão 11.1 – Ano 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Módulo do Hospital** – Ano 2000 – II Versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. Institucional. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>>. Acesso em: 25 set. 2017.

BUSS PM. Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1991): uma Análise Preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 5-42, 1993.

CARVALHO DMT. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** (vol. 1 - Produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil)/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**. 2017. Disponível em: <<https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus-sih-sus.html>>. Acesso em: 17 out. 2017.

MARTINS MMF, TEIXEIRA MCP. Análise dos gastos das internações hospitalares por anemia falciforme no estado da Bahia. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 24-30, mar. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000100024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100024&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010209>. Acesso em: 07 fev. 2020.

MENDES ACG, SILVA JR JB, MEDEIROS KR, LYRA TM, MELO FILHO DA, SÁ DA. Avaliação do sistema de informações hospitalares - SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 67-86, jun. 2000.

PEPE, VE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 2 v.

SANTOS AC. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde**: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. [Dissertação de Mestrado Profissional].



**Voltar ao  
Sumário**



## SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

### **Ágatha Santos Cunha**

Graduanda do Curso de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: [agatha.scunha@gmail.com](mailto:agatha.scunha@gmail.com)

### **Alice Moreira da Costa**

Psicóloga. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS. Servidora da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH). Mestre em Psicologia (UFSM).

E-mail: [alicemoreiradacosta@gmail.com](mailto:alicemoreiradacosta@gmail.com)

### **Alcindo Antônio Ferla**

Médico, Doutor em Educação (UFRGS). Professor Associado da Escola de Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Editor Chefe da Revista Saúde em Redes.

E-mail: [ferlaalcindo@gmail.com](mailto:ferlaalcindo@gmail.com)

### **Alexandre Fávero Bulgarelli**

Cirurgião-Dentista. Doutor em Ciências da Saúde (USP/Ribeirão Preto). Professor da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

### **Aline Blaya Martins de Santa Helena**

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia (UFRGS). Professora da Faculdade de Odontologia. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: alineblaya@gmail.com

### **Alzira Maria Baptista Lewgoy**

Assistente Social. Pós-Doutora em Serviço Social pelo Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra - Portugal. Doutorado em Serviço Social (PUCRS). Vice coordenadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social. Professora associada do Departamento de Serviço Social do Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: alzira.lewgoy@ufrgs.br

### **André Phylippe Dantas**

Graduando do Curso de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: [phylippedantas@gmail.com](mailto:phylippedantas@gmail.com)

### **Andriele Madruga Peres**

Nutricionista. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Eldorado do Sul. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: [andrieleperes@gmail.com](mailto:andrieleperes@gmail.com)

### **Antonielle Valcarenghi Biazus**

Cirurgiã-Dentista. Coordenadora da Atenção Básica de Cachoeirinha/RS. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: [antonielle@mail.com](mailto:antonielle@mail.com)

### **Bruno Tavares Rocha**

Bacharel em Saúde Coletiva. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: [correiodobruno@hotmail.com.br](mailto:correiodobruno@hotmail.com.br)

### **Carolina da Silva Buno**

Sanitarista (USP). Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).

E-mail: carol.sbuno@gmail.com

### **Dagmar Elaine Kaiser**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFRGS). Professora Associada da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Editora Associada da Revista Gaúcha de Enfermagem.

E-mail: dagmarelainekaiser@gmail.com

### **Déborah Alline de Matos Lacerda**

Bacharela em Saúde Coletiva (UnB). Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: deborah.mlacerda@gmail.com

### **Geisa Neutzling de Moraes**

Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: geisaneutzling@outlook.com



### **Gimerson Erick Ferreira**

Enfermeiro e Administrador. Doutor em Enfermagem (UFRGS). Professor Adjunto na FAEN- UFMT. Docente permanente no PPG Ciências Aplicadas à Atenção Hospitalar/ HUIJM e no Programa de PPGENE/ UFMT.

E-mail: gimeferreira@gmail.com

### **Giselda Faes Kichler**

Psicóloga. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Torres/RS. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: gisa\_fk@hotmail.com

### **Êrica Rosalba Mallmann Duarte**

Enfermeira. Doutora em Engenharia de Produção (UFRGS). Professora Titular da Escola de Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: ermduarte@gmail.com

### **Evelise Birck Rodrigues**

Enfermeira. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: evelise1@yahoo.com

### **Helena Biavaschi Grassi**

Psicóloga. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde.

E-mail: helenagrassi@gmail.com

### **Ingrit Medeiros Seehaber**

Sanitarista. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde.

E-mail: ingritseehaber@gmail.com

### **Luanny Silva Ovando do Nascimento**

Sanitarista. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde.

E-mail: luanny\_ovando@hotmail.com

### **Luciana Barcellos Teixeira**

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia (UFRGS). Coordenadora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva (UFRGS). Professora do curso de Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS).

E-mail: luciana.bteixeira@gmail.com

### **Márcio Hoff**

Sociólogo. Mestre em Sociologia (PUCRS). Técnico em Assuntos Educacionais. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: marcio.hoff@ufrgs.br

### **Míriam Thais Guterres Dias**

Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PUCRS). Professora Associada do Programa de Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: Míriamtgdias@gmail.com

### **Patrícia Távora Bulgarelli**

Cirurgiã-Dentista. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS. Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: prtavora@hotmail.com

### **Paulo Cauhy Petry**

Odontólogo. Doutor em Epidemiologia (UFRGS). Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: petry.paulo@gmail.com

### **Ramona Fernanda Ceriotti Toassi**

Cirurgiã-Dentista. Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem (USP). Doutorado em Educação (PUCRS). Coordenadora da Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), 2019-2021. Professora Associada da Faculdade de Odontologia. Professora Permanente

do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br.

### **Roberta Pires Bazzo**

Cirurgiã-Dentista. Secretária Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS. E-mail: robertapiresbazzo@gmail.com

### **Roger dos Santos Rosa**

Médico. Doutor em Epidemiologia (UFRGS). Professor Associado da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

### **Rosemarie Gartner Tschiedel**

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social (PUCSP). Professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Departamento de Psicologia Social e Institucional. Docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, PPGPSI-UFRGS.

E-mail: rosetschiedel@gmail.com

### **Stela Nazareth Meneghel**

Médica. Pós-Doutorado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Autônoma de Barcelona. Doutora em Medicina (UFRGS). Professora Associada da Escola de Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Coordenadora substituta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: stelameneghel@gmail.com

### **Tiago Giorgi Von Mühle**

Psicólogo. Servidor da Secretaria Municipal de Gravataí/RS. Especialista em saúde da Família – IBPEX. Especialista em Educação em Saúde Coletiva: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – UFRGS.

E-mail: tiago.giorgi@gmail.com

### **Vera Lúcia Pasini**

Psicóloga. Doutora em Psicologia (PUCRS). Professora Adjunta do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: verapasini@gmail.com

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

  
**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

  
**PÁTRIA AMADA  
BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL