

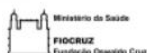
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DESAFIOS DA ATENÇÃO, GESTÃO E
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL



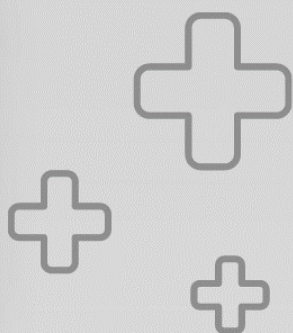
MICHAEL FERREIRA MACHADO
JOSINEIDE FRANCISCO SAMPAIO
CLESON OLIVEIRA DE MOURA
ORGANIZADORES

 **AMPLLA**
EDITORA



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DESAFIOS DA ATENÇÃO, GESTÃO E
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL



MICHAEL FERREIRA MACHADO
JOSINEIDE FRANCISCO SAMPAIO
CLESON OLIVEIRA DE MOURA
ORGANIZADORES

 **AMPLLA**
EDITORA



 **SBMFC**
Sociedade Brasileira de Medicina
de Família e Comunidade

 **UNA-SUS**
Universidade Aberta do SUS

 Ministério da Saúde
FIDOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 **ABRASCO**
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE SAÚDE EM SAÚDE

 **CAPES**

 **SUS**

**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

**MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO**

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Fotografia da Capa: Michael Machado

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Atenção primária à saúde: desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-126-3

DOI: 10.51859/ampla.aps263.1123-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2023

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Fotografia da Capa: Michael Machado

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

A864

Atenção primária à saúde: desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil / Organizadores Michael Ferreira Machado, Josineide Francisco Sampaio, Cleson Oliveira de Moura. – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-126-3

DOI 10.51859/ampla.aps263.1123-0

1. Atenção primária à saúde - Brasil. I. Machado, Michael Ferreira (Organizador). II. Sampaio, Josineide Francisco (Organizadora). III. Moura, Cleson Oliveira de (Organizador). IV. Título.

CDD 362.1042

Índice para catálogo sistemático

I. Atenção primária à saúde - Brasil

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@ampllaeditora.com.br

www.ampllaeditora.com.br



2023

ORGANIZADORES

MICHAEL FERREIRA MACHADO

Sanitarista. Professor de Saúde Coletiva, no Curso de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Doutor e Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduado pela Universidade Federal de Alagoas. Coordena o Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva - CNPq/UFAL. Docente Permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO.

JOSINEIDE FRANCISCO SAMPAIO

Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora Associada I – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL). Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES). Professora Permanente e Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL).

CLESON OLIVEIRA DE MOURA

Doutor em Enfermagem (UFRJ). Professor Adjunto Departamento de Medicina, Universidade Federal de Rondônia. Professor e tutor da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UNIR - ABRASCO. Pesquisador Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO. Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família.

AUTORES

Adson Yvens de Holanda Agostinho. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Ana Larisse Santos Barbosa. Mestra em Sociologia (UECE). Assistente Social (UECE).

Ana Paula Sant'Ana Schinaider. Fisioterapeuta (UNISINOS). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (UNISINOS).

Andreza Barkokebas Santos de Faria. Doutora e Mestra em Odontologia (UFPE). Graduação em Odontologia (UPE). Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Recife.

Angela Maria Canuto Mendonça. Doutora em Bioética (FM/UPORTO). Diretora e Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL).

Bruna Carvalho Borges. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Bruna Stefany Rebouças França. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Cláudia Mara de Melo Tavares. Doutora em Enfermagem (UFRJ). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (EAAAC/UFF).

Cláudia Maria Freire Orestes. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Cirurgiã-Dentista (UFAL). Odontóloga da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - AL (SMS).

Cleber de Sousa Silva. Nutricionista (CISNE).

Cristina Camelo de Azevedo. Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (IP/UFAL). Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL – ABRASCO.

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes. Doutora em Enfermagem (UFG). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rondônia. Coordenadora, professora e tutora da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UNIR - ABRASCO.

Douglas Smith Ferreira dos Santos. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Enfermeiro (UNISL).

Elizeth Gomes Pinto. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Erica Thaisa Alcantara Lima. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Graduação em Enfermagem (UFS). Enfermeira da Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Neópolis -SE.

Evandro da Silva Melo Junior. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Enfermeiro (UFBA). Diretor de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Arapiraca, Brasil.

Flávia da Costa Cardoso. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UNIR - ABRASCO. Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família de Porto Velho. Conselheira Municipal de Saúde de Porto Velho desde 2017.

Jadenilse Silva de Lemos. Graduação em Ciências Contábeis (UFAL). Secretária da Direção da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL).

Jamille Rodrigues da Silva. Psicóloga (UFPI). Residente no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (ESP-CE).

Jefferson Dantas da Costa. Enfermeiro (UVA-CE). Residente no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (ESP-CE).

Kátia Fernanda Alves Moreira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública (USP). Professora Associada do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Rondônia. Professora e tutora da Residência multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Coordenadora e Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UNIR- ABRASCO.

Laura Rossana Acioly de Carvalho Rios. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL).

Litieska Barros da Silva Santos. Mestra em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAL/FIOCRUZ/ABRASCO). Graduação em Enfermagem (UFAL). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Arapiraca – AL.

Lousanny Caires Rocha Melo. Especialista em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital (SLMA). Coordenadora de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde - SMS Arapiraca/AL. Enfermeira (CESMAC).

Luiz Felipe Windberg Soares Junior. Farmacêutico (UNIPAMPA). Residente em Atenção Básica no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre.

Marcelle Miranda da Silva. Doutorado em Enfermagem (UFRJ). Docente Associada e Permanente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

Maria das Graças Monte Mello Taveira. Médica. Doutora em Ciências da Saúde (UFAL). Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Alagoas (FAMED/UFAL) e Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL – ABRASCO.

Marina Gomes Martellet. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Enfermeira (UNIR).

Maryanne Ferreira Soares. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), campus Arapiraca.

Milena Queiroz Dourado. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Psicóloga (UNIR).

Natália da Silva Gomes. Enfermeira (UNIPAMPA). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (UNISINOS).

Paula Isabella Marujo Nunes da Fonseca. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Ana na Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

Priscila Nunes de Vasconcelos. Doutora em Nutrição em Saúde Pública (UFPE). Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Alagoas (FAMED/UFAL). Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFAL – ABRASCO.

Rafael Rodrigues Polakiewicz. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Enfermeiro (UFF).

Rafaella Souza Albuquerque. Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS (SBSHSL). Enfermeira (UFAL). Diretora da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca (AL).

Rejane Eleuterio Ferreira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Ana na Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

Ricardo Fontes Macedo. Doutor em Ciência da Propriedade Intelectual (UFS). Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Alagoas (FAMED/UFAL).

Rosana Brandão Vilela. Doutora em Medicina (UNIFESP). Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL).

Rosângela Maria de Almeida Wyszomirska. Doutora em Clínica Médica (UNICAMP). Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL) e da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Scheila Mai. Docente da Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS), Mestra em Saúde Coletiva (UFGRS). Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Thatiana Ferreira de Vasconcelos. Especialista em Saúde da Família (IMIP). Fisioterapeuta da Secretaria de Saúde do Recife e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco (UPE).

Túlio Romério Lopes Quirino. Doutor e Mestre em Psicologia (UFPE). Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Psicólogo (UNIVASF). Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com atuação no campus da Faculdade de Ciências de Saúde do Trairi (FACISA). Atuou como Chefe da Divisão de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Recife (2017-2023)

Valderez Ribeiro de Andrade. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE). Enfermeira (UPE). Gerente de Formação e Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

APRESENTAÇÃO

Prof. Dr. Michael Ferreira Machado

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) desde a redemocratização no Brasil representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal nacional. Tal avanço ancora-se na abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 43 mil equipes em todo o território nacional em 2021.

A partir da segunda década do século XXI, a APS no Brasil, consolidada e robusta, vem enfrentando desafios e passando por transformações significativas que interferem na organização dos processos de trabalho, a exemplo da inclusão de novas estratégias de informatização nos serviços, a ampliação da cobertura da atenção primária e a coexistência de diferentes modelos de atenção nos territórios adscritos.

As mudanças na organização dos serviços e dos processos de trabalho da APS respondem, de forma mais atual, as condicionalidades do novo modelo de financiamento da atenção primária que restringe a universalidade do SUS ao exigir o cadastramento populacional como principal elemento para garantir o financiamento e não considera a ESF como prioridade, além da descontinuidade dos incentivos específicos a ações e serviços que ampliavam a capacidade de resposta da APS, a exemplo dos NASF-AB, deixando a critério de gestores a manutenção ou não das equipes, comprometendo a multi e interprofissionalidade que ampliam a qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde. O princípio da proposta do novo modelo de financiamento é aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS vinculando esta população aos serviços, ao passo que responsabiliza os gestores e os profissionais por esta assistência.

Nesse ambiente de mudanças, é salutar a compreensão de que as políticas de saúde no âmbito do SUS têm como um dos princípios a universalidade e que estas políticas não podem ser restritivas aos que dela mais precisam. Mais do que uma política setorial da saúde, a APS no Brasil representa uma política social com vistas

à superação da exclusão e das iniquidades que posicionava a maior parte da população brasileira à margem da cidadania.

Por meio da capilaridade, a APS no Brasil possibilitou o acesso à saúde, com melhorias nas condições de saúde da população, redução nos indicadores morbimortalidade (especialmente a mortalidade infantil), democratização da atenção à saúde materno-infantil, bem como outras ações de saúde marcadas por atuação orientada a partir dos condicionantes e determinantes sociais do processo saúde e doença.

Além desses aspectos organizativos, no contexto da pandemia de COVID-19, os desafios da APS se tornaram mais complexos, uma vez que, em um primeiro momento da emergência sanitária, todos os investimentos e esforços foram voltados para a média e alta complexidade, ficando a APS preterida enquanto ordenadora da atenção à saúde, faltando investimentos e definição clara do seu papel na pandemia. Com o aprimoramento dos protocolos, com a educação permanente dos profissionais, com o investimento em vigilância e o processo de vacinação, o protagonismo da APS foi retomado.

Concomitante à pandemia de COVID-19, que assola o mundo desde 2020, acentuando as desigualdades regionais, sociais, econômicas, de gênero e étnico-raciais, a APS vem atuando. Durante este período, houve uma sobrecarga dos sistemas de saúde e a necessidade de uma (re)organização da atenção à saúde. A atenção primária enfrenta outros desafios, a exemplo da diminuição da cobertura vacinal, as dificuldades na assistência de doenças crônicas e o enfrentamento/ressurgimento de doenças transmissíveis.

Reconhecer a APS como elemento central do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um importante dispositivo no âmbito da assistência à saúde e no âmbito do Pós-graduação *Stricto sensu* em Saúde da Família- rede nacional (PROFSAÚDE) é fundamental na qualificação da força de trabalho para o SUS. Face a todos esses aspectos, propomos este simpósio no sentido de contribuir com a disseminação do conhecimento, a publicização das práticas, o compartilhamento teórico e metodológico que fundamenta a práxis na APS.

As produções aqui reunidas foram resultantes de trabalhos apresentados no 1º Simpósio Brasileiro de Atenção Primária à Saúde: os desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual, organizado pela Universidade Federal de

Alagoas (UFAL) em parceria com a Universidade Federal de Rondônia (UNIR), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a rede do PROFSAÚDE. A realização do evento fomentou o diálogo e a troca de experiências entre os diversos serviços e categorias profissionais da APS por meio de conferências, painéis, minicursos e mostras de trabalhos. Além da apresentação de relatos de experiências, de discussão sobre os resultados de projetos de pesquisa, de ensino, de extensão, de produtos ou iniciativas realizados no âmbito dos serviços e/ou durante cursos de graduação e de pós-graduação. O evento também teve como proposta norteadora contribuir para a inovação na APS por meio do estímulo à produção e à disseminação do conhecimento com a apresentação dos resultados (parciais ou finais) de pesquisas, produtos e experiências exitosas em desenvolvimento e realizadas, especialmente no âmbito da rede PROFSAÚDE.

A partir dessas experiências, o livro está dividido em duas sessões temáticas que totalizam 14 capítulos. Na primeira sessão, intitulada “Experiências de Atenção, Gestão, Educação, Ensino e Pesquisa na APS”, estão inseridos 09 textos que reúnem relatos de pesquisas, experiências de gestão, o processo de elaboração de produtos técnicos e educacionais que, de forma sistematizada, fomentam a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e práticas de cuidados à saúde.

No capítulo I, A humanização do cuidado na atenção primária à saúde: relato de educação permanente em saúde, Gomes, Schinaider, Junior e Mai apresentam e discutem a importância da humanização em saúde nos processos de cuidados desenvolvidos na APS no Rio Grande do Sul.

No capítulo II, Territorialização como instrumento do cuidado ampliado em saúde: reflexões sobre a realização de uma oficina, Barbosa, Costa, Silva e Silva refletem a importância da territorialização a partir de uma atividade desenvolvida no cotidiano de uma residência multiprofissional em saúde da família e comunidade do interior do Ceará.

No capítulo III, Gestão compartilhada em uma unidade docente assistencial (UDA) na atenção primária à saúde, Sampaio, Vasconcelos, Taveira, Macedo e Azevedo descrevem reflexivamente a experiência e os desafios de um arranjo de gestão compartilhada em uma Unidade Docente Assistencial (UDA) na Atenção Primária à Saúde em Maceió-AL.

No capítulo IV, Atendimento pré-natal na APS em Alagoas: tendência temporal de 2012 a 2019, Agostinho, França, Borges, Soares e Machado apresentam os resultados de um estudo desenvolvido acerca do cuidado pré-natal em Alagoas e as necessidades para a efetivação de uma atenção materno-infantil equânime e integral.

No capítulo V, Tendência temporal de sífilis gestacional em mulheres indígenas no Brasil entre 2010 e 2019, Agostinho, França, Borges, Soares e Machado, a partir de um estudo epidemiológico, refletem os desafios do cuidado pré-natal junto às populações indígenas e a necessidade de efetivar e garantir o direito a saúde dos povos originários para prevenir e tratar condições sensíveis à APS, como os casos de sífilis.

No capítulo VI, refletindo o produto final do mestrado profissional acerca do quadrante de Pasteur, Ferreira, Tavares, Polakiewicz e Fonseca debatem a construção do Quadrante de Pasteur e sua contribuição para a ciência e as inovações tecnológicas no âmbito dos mestrados profissionais, especialmente na translação do conhecimento.

No capítulo VII, Produção técnica visando o processo ensino-aprendizagem: a pesquisa em desenho de produto educacional, Vilela, Mendonça e Lemos se propõem a discutir a condução da pesquisa em desenho de produto educacional, seus limites e potencialidades, a partir da literatura, tratando-a como uma potente opção de investigação com capacidade de intervir em problemas da prática do pós-graduando.

No capítulo VIII, Roda de conversa: dialogando a respeito da educação permanente em saúde na estratégia saúde da família, Moura, Silva, Moreira, Fernandes e Cardoso convidam à reflexão sobre a educação permanente em saúde no âmbito da APS, por meio de uma interface entre experiências e o diálogo com a literatura sobre o tema.

No capítulo IX, A educação permanente em saúde em gestão: Alguns apontamentos a partir da experiência em Recife/PE, Quirino, Vasconcelos, Andrade e Faria debatem os desafios e as estratégias para o fortalecimento política de educação permanente em saúde no Recife-PE nos processos de qualificação das ações de saúde.

Na segunda sessão, denominada “A pandemia da COVID-19 e seus legados para a APS”, reúnem-se 05 capítulos que apresentam reflexões sobre processos inerentes à pesquisa, gestão e organização de processos no cotidiano dos serviços de saúde face aos desafios da pandemia.

O capítulo X, A (re)organização da atenção primária a saúde no contexto da COVID-19: uma experiência de Arapiraca, Alagoas, Melo, Junior, Albuquerque e Rios debatem a reorganização da APS e no fortalecimento da integração desta com a Vigilância em Saúde na segunda maior cidade de Alagoas em face aos desafios que o novo coronavírus trouxe para os serviços e sistemas locais de saúde.

No capítulo XI, O papel dos agentes comunitários de saúde durante a pandemia pelo COVID-19, Orestes, Agostinho, Soares e Machado, a partir de um estudo multicêntrico realizado no âmbito do PROFSAÚDE, ponderam sobre a importância do agente comunitário de saúde e a proximidade destes com os usuários, face ao vínculo estabelecido, no contexto de enfrentamento da pandemia em uma perspectiva comunitária.

No capítulo XII, Nível de conhecimento dos usuários da Atenção Primária à Saúde acerca das medidas protetivas à COVID-19 em uma cidade de médio porte do nordeste brasileiro, Santos, Soares, Agostinho, Wyszomirska e Machado discutem os aspectos relacionados à circulação da informação e ao nível de conhecimento dos usuários para a adoção de medidas protetivas em um cenário de grande circulação de notícias falsas, e como a APS tem um papel fundamental na garantia da adoção de medidas protetivas cientificamente confiáveis.

O capítulo XIII, Educação em saúde dos usuários em tempos de pandemia da COVID-19: desafios e potencialidades, Lima, Soares, Agostinho e Machado, também por meio dos resultados de um estudo multicêntrico, demonstram que as estratégias de educação em saúde devem envolver os usuários em uma construção coletiva e, para isso, é imprescindível a qualificação constante e apoio psicológico dos profissionais da APS, no cenário pandêmico.

No capítulo XIV, Manual municipal de vacinação contra a COVID-19: um produto técnico, Santos, Dourado, Rodrigues, Martellet e Pinto relatam a experiência de elaboração de uma estratégia de incentivo à vacinação, desenvolvida em um programa de residência multiprofissional em saúde da família de Rondônia,

apontando a importância da capacidade de (re)inventar estratégias para a adesão da população a ações e programas tradicionais no âmbito da saúde pública.

Dessa forma, o conjunto de textos aqui reunidos não fornece apenas informações e descrições, mas apontamentos e reflexões desenvolvidas a partir do cotidiano dos serviços, dos grupos de pesquisa, no âmbito da pós-graduação stricto sensu em saúde da família, dos espaços de gestão, de tomada de decisões e de educação em saúde, bem como destacam a centralidade da APS às propostas para enfrentar os problemas de saúde. Assim, face aos novos desafios e em razão do momento atual de reafirmação da democracia, visa-se sempre, norteando-se pela produção científica implicada e aplicada ao SUS, o fortalecimento e a qualificação da atenção, gestão e educação em saúde no país.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	19
CAPÍTULO II - TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DE UMA OFICINA.....	27
CAPÍTULO III - GESTÃO COMPARTILHADA EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL (UDA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	35
CAPÍTULO IV - ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS EM ALAGOAS: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2012 A 2019.....	44
CAPÍTULO V - TENDÊNCIA TEMPORAL DE SÍFILIS GESTACIONAL EM MULHERES INDÍGENAS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019.	54
CAPÍTULO VI - REFLETINDO O PRODUTO FINAL DO MESTRADO PROFISSIONAL ACERCA DO QUADRANTE DE PASTEUR.....	64
CAPÍTULO VII - PRODUÇÃO TÉCNICA VISANDO O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: A PESQUISA EM DESENHO DE PRODUTO EDUCACIONAL.....	74
CAPÍTULO VIII - RODA DE CONVERSA: DIALOGANDO A RESPEITO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	84
CAPÍTULO IX - A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM GESTÃO: ALGUNS APONTAMENTOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM RECIFE/PE.....	94
CAPÍTULO X - A (RE)ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19: UMA EXPERIÊNCIA DE ARAPIRACA, ALAGOAS.....	110
CAPÍTULO XI - O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19.....	120
CAPÍTULO XII - NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DAS MEDIDAS PROTETIVAS À COVID-19 EM UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO.....	131
CAPÍTULO XIII - EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS USUÁRIOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS E POTENCIALIDADES.....	142
CAPÍTULO XIV - MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19: UM PRODUTO TÉCNICO.....	159

CAPÍTULO I

A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-1

Natália da Silva Gomes
Ana Paula Sant'Ana Schinaider
Luiz Felipe Windberg Soares Junior
Scheila Mai

1. INTRODUÇÃO

O termo humanização está relacionado à produção do cuidado ao usuário, visando maior eficiência na qualidade do atendimento prestado (SILVA et al, 2018). Nessa esteira de pensamento, no ano de 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de estimular a construção de um processo coletivo voltado para o cuidado. Sendo assim, a PNH se traduz como um estímulo na produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (SILVA et al, 2018; BRASIL, 2013).

Desse modo, diferentes estratégias estão sendo desenvolvidas no decorrer dos anos, aspirando a qualificação dos profissionais da saúde no que diz respeito à gestão do cuidado humanizado na Atenção Primária à Saúde (APS). Com isso, emerge a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma importante ferramenta estratégica de transformação das práticas profissionais, sendo desenvolvida por meio das demandas vivenciadas na realidade do processo de trabalho. Sendo assim, a EPS constitui uma ferramenta de mudança que auxilia na qualificação do cuidado, estimulando os profissionais a gerarem habilidades necessárias para responderem aos desafios enfrentados (COSTA et al, 2018).

Apesar dos avanços nos campos teóricos, normativos e organizacional, tendo a APS como principal porta de entrada o Sistema Único de Saúde (SUS), carece-se de incentivo para a efetivação da humanização no cuidado nesse nível de atenção, de modo a contemplar as necessidades individuais e coletivas, rompendo com as barreiras que dificultam o acesso e as práticas de cuidado mais acolhedoras. (RAMOS et al, 2018; MENEZES E SANTOS, 2017). Frente ao exposto, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência da realização de uma EPS sobre humanização do cuidado na APS.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A PNH

A PNH é uma política transformadora das práticas de saúde, desse modo, apresenta três princípios fundamentais: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2003, 2013).

A transversalidade tange a transformação das práticas do processo de trabalho por meio de melhor comunicação entre os trabalhadores. Sendo assim, transversalizar é uma forma de compartilhar as experiências e produzir junto ao outro uma saúde corresponsável (BRASIL, 2003).

Com relação à indissociabilidade entre atenção e gestão, esse princípio se remete ao impacto que as decisões oriundas da gestão podem ter sobre a atenção à saúde. Com isso, torna-se possível sugerir que os usuários e os trabalhadores dos serviços obtenham conhecimento acerca do funcionamento e gestão das redes de saúde. Além disso, é de suma importância a participação desses sujeitos nas decisões de sua saúde, sendo corresponsáveis pelo cuidado (BRASIL, 2003).

Nessa mesma lógica, tem-se o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos evidenciando a importância da construção da autonomia e desejos de todos os atores envolvidos no processo do cuidado. Por conseguinte, é necessário compreender que os usuários não podem ser vistos apenas como pacientes e os trabalhadores apenas como funcionários que necessitam cumprir uma carga horária e ordens, pois todos têm papéis fundamentais e particulares no SUS. À vista disso, reconhecer o papel de cada ator social é vivenciar a humanização, identificando cada pessoa como cidadã, com direitos, valores e fundamental importância para a construção de uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2003).

Esses princípios representam os preceitos de como deve ser uma saúde pautada na humanização. Ainda, a PNH também é composta por diretrizes que correspondem às alternativas de caminhos a seguir para atingir os princípios da política. Desse modo, as diretrizes são: acolhimento, diz respeito à construção de relações de confiança e vínculo profissional-usuário por meio de uma escuta qualificada; gestão participativa e cogestão, remete-se ao compartilhamento dos processos decisivos da gestão entre toda a equipe de saúde; ambiência, trata-se da criação de espaços acolhedores e confortáveis, respeitando a privacidade do usuário; clínica ampliada e compartilhada, pode ser vista como uma importante ferramenta de abordagem clínica que ocorre por meio da integração do cuidado entre o usuário e os diversos profissionais de saúde; valorização do trabalhador, envolve a experiência dos

trabalhadores e a valorização de seus processos de trabalho dentro da equipe; e defesa dos direitos dos usuários, evidenciando que os usuários têm direitos garantidos por lei e os serviços de saúde precisam incentivá-los a conhecer seus direitos e deveres (BRASIL, 2003, 2013).

2.2. A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA APS

A humanização do cuidado precisa estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, iniciando na APS, pois assim o usuário poderá se sentir acolhido desde o princípio. Desse modo, é importante ressaltar que a APS tem como atributo essencial o acesso de primeiro contato, ou seja, as Unidades de Saúde (US) podem ser o primeiro contato do indivíduo com o SUS, sendo essa a primeira oportunidade de oferecer um cuidado humanizado ao usuário (RIBEIRO et al, 2022).

Além disso, outro atributo diretamente ligado à humanização é a longitudinalidade, que destaca a continuidade do cuidado ao longo do tempo, podendo ser a construção de um cuidado longitudinal em um ambiente acolhedor e, principalmente, humanizado (RIBEIRO et al, 2022). Nessa esteira de pensamento, a APS pode ser vista como o *locus* da PNH, pois desde a sua criação, tornou-se uma importante ferramenta de gestão, favorecendo a identificação de soluções para os problemas que constituem o cotidiano das US que, em sua maioria, são oriundos de situações desumanizantes, tanto dos profissionais para os usuários quanto dos usuários para os profissionais (LOPES et al, 2019).

Nesse sentido, tem-se a EPS como uma ferramenta potencializadora dos serviços de saúde no contexto da humanização. Silva et al. (2019) evidenciam que uma educação permanente pode destacar todos os atores envolvidos no cuidado ao usuário, sendo uma estratégia necessária para solucionar os problemas que contribuem para as situações desumanizantes na saúde, proporcionando qualificação sobre o assunto aos profissionais e reforçando o compromisso com a importância do atendimento humanizado (SILVA et al, 2019).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente à realização de uma atividade de EPS, elaborada e conduzida por uma enfermeira e uma fisioterapeuta residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. A atividade ocorreu em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) de um município da região metropolitana de Porto Alegre no mês de junho de 2022.

A temática da EPS foi determinada mediante solicitação da equipe da ESF. Em posterior momento, realizou-se o agendamento da data que possibilitasse a presença de todos os

membros da equipe. Definiu-se, então, a reunião de equipe como o melhor momento para a realização da EPS. Nesse sentido, a EPS teve como pretensão sensibilizar os profissionais da saúde sobre a humanização do cuidado para sua prática profissional.

No que concerne à operacionalização da atividade, utilizou-se a Metodologia Ativa de Ensino-Aprendizagem (MAEA). Para Freire (2011), a MAEA provoca o pensamento crítico e a autonomia, visando à problematização das discussões e reflexões sobre seu modo de ser e estar no mundo. Nessa direção, inicialmente, foi realizada uma apresentação teórica expositiva-dialogada sobre a PNH, trazendo seus conceitos mais importantes e diretrizes (BRASIL, 2003). Ainda, foram exibidos questionamentos para os presentes e, quando emergiram as dúvidas, as facilitadoras possibilitaram a abertura de uma discussão, proporcionando que a resposta fosse deliberada em conjunto e, posteriormente, confirmada na apresentação. Após, ocorreu a exibição de um vídeo disponibilizado na internet sobre o exercício da empatia com o próximo, a fim de sensibilizar a equipe de saúde sobre a importância de exercer a empatia com os usuários e colegas de trabalho.

Ao final, para mensurar a construção do conhecimento e possibilitar um momento de integração e vínculo entre os profissionais de saúde, realizou-se uma dinâmica intitulada “A teia”. Para a realização da dinâmica, utilizou-se um carretel de linha de tricô e foi solicitado que todos os participantes formassem um círculo. Sendo assim, no momento em que o carretel de linha estivesse com uma pessoa, ela deveria responder as seguintes questões disparadoras: “Cite algo da PNH que você desenvolve no seu dia a dia de trabalho?” e “Cite algo da PNH que você deveria melhorar para tornar sua assistência mais humanizada?”.

Ademais, após a finalização da dinâmica, as facilitadoras conduziram o fechamento da atividade, contextualizando sobre o propósito da EPS de sensibilizar a equipe para o cuidado humanizado, sendo essa uma prática a ser efetivada por todos os integrantes da equipe.

4. RESULTADOS

Participaram da EPS 13 profissionais, sendo uma Dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), cinco Agentes Comunitárias em Saúde (ACS), uma Assistente Social, duas Fisioterapeutas, duas Técnicas de Enfermagem e uma Auxiliar Administrativa, estando ausentes no momento o Médico e a Enfermeira. A ESF de realização da atividade é composta por uma equipe de saúde da família e profissionais do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) Rede Bem Cuidar (RBC) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

Durante a apresentação teórica expositivo-dialogada, os questionamentos estavam direcionados para como aplicar as diretrizes da PNH na prática profissional. No que diz respeito à diretriz acolhimento, os participantes evidenciaram a importância de fornecer uma escuta qualificada ao usuário. Um estudo corrobora esse achado, evidenciando que o comportamento de receber os usuários no serviço de saúde com uma escuta qualificada pode proporcionar um espaço de possibilidades de cuidado entre o profissional e o usuário (KNOLL et al, 2020). Sobre a diretriz gestão participativa e cogestão, a equipe de saúde apresentou dificuldade em identificar formas de aplicá-la em seu processo de trabalho. Para Iglesias et al. (2021), a cogestão remete às possibilidades de gestão, podendo ser um trabalho coletivo que visa à descentralização do poder. Desse modo, é possível sugerir que os participantes tiveram dificuldade em proferir uma discussão por ser uma vivência mais gerencial, isto é, um processo que não foi experienciado por todos os membros da equipe.

No que tange à ambiência, emergiu a discussão acerca dos espaços utilizados para os grupos da ESF, os quais não eram propícios para sua realização. Um estudo confirma que a ambiência pode influenciar no bem-estar dos usuários, contribuindo para as sensações de acolhimento e confiança (VILLELA et al, 2022). Com relação à clínica ampliada e compartilhada, os participantes não identificaram formas de aplicá-la, impossibilitando um possível debate. Tal modelo de clínica tem como intuito as decisões compartilhadas e está baseado na responsabilidade com o paciente, promovendo sua autonomia (BRASIL, 2009). É importante ressaltar que a clínica ampliada é algo vivenciado no processo de trabalho dos profissionais, porém, eles apresentaram dificuldade em compreender e explicar suas experiências.

A diretriz valorização do trabalhador repercutiu em argumentações de todos os presentes, destacando o sofrimento mental causado pelo estresse do processo de trabalho e desvalorização dos trabalhadores. Segundo Dantas et al. (2021), os profissionais de saúde vivenciam cotidianamente o desgaste emocional por terem de lidar com fatores estressores no ambiente de trabalho, os quais se agravaram no contexto pandêmico da COVID-19. Ainda, para finalizar esse primeiro momento, discutiu-se a diretriz defesa dos direitos dos usuários, sendo unânime a ideia de que é importante que os usuários conheçam os seus direitos e sejam informados sobre suas questões de saúde. O pleno exercício do direito à informação requer comunicação e lealdade dos profissionais com o usuário, possibilitando o protagonismo de sua situação de saúde (BEHRENS, 2019).

É importante destacar que, inicialmente, os profissionais de saúde se apresentaram mais introspectivos diante das questões disparadoras, porém, ao longo da atividade, passaram a expressar suas dúvidas e produzir discussões efetivas. Nessa esteira de pensamento, foi

possível observar que a equipe de saúde tem compreensão de como aplicar a humanização na APS. Para Ramos et al. (2018), a efetivação dos princípios da PNH depende de uma APS estruturada, como a principal porta de entrada do sistema, centrado nas necessidades da população, de forma a garantir acesso aos demais níveis de atenção à saúde. Sendo assim, é de extrema importância que todos os atores envolvidos no cuidado dos usuários participem desse processo e demonstrem comprometimento.

No momento final da EPS, durante a realização da dinâmica, os participantes responderam, sem hesitar, acerca dos elementos da PNH que desenvolvem no contexto de trabalho e dos elementos que deveriam melhorar para tornar o atendimento mais humanizado, demonstrando compreensão e sensibilização diante da atividade desenvolvida. Além disso, alguns profissionais se mostraram emocionados ao reconhecer suas potencialidades e aspectos a serem melhorados no contexto da humanização do cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, é possível inferir que atividades de EPS direcionadas para a busca de um cuidado humanizado proporcionam espaços de construção de conhecimento e compartilhamento de saberes, sentimentos e vivências. Salienta-se que o cuidado humanizado, embora seja voltado, em sua maioria, para o usuário, precisa ser fortalecido dentro do serviço de saúde entre os profissionais.

No que diz respeito às residentes, ao experienciar a criação e desenvolvimento da EPS, tornaram-se multiplicadoras do cuidado humanizado em saúde, para, assim, em um posterior momento, no ambiente de trabalho, exercerem o aprendizado com suas futuras equipes de saúde. Além disso, a oportunidade de interação com uma equipe multiprofissional permite compartilhar saberes com diversas esferas profissionais, favorecendo o diálogo e a construção de uma prática mais humanizada.

Ademais, o uso de metodologias ativas se mostrou eficaz ao possibilitar a interação dos participantes para sanar suas dúvidas e proporcionar a produção de conhecimentos. Também, a utilização da dinâmica se concretizou como um momento importante para a identificação das potencialidades dos profissionais de saúde no processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Revista Bioética**, v.27, n.2, p. 253-60, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/X79HxJ4VyG7pGsFHbDjJrFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

COSTA, M. A. R. et al. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On-line**, v. 10, n. 2, p.558-64, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6368>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DANTAS, E.S.O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface (Botucatu)**, 25, Supl. 1, e200203, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/>. Acesso em: 22 jul. 2022.
FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

IGLESIAS, A. et al. Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. **Espaço para a Saúde**, v. 22, e755, 2021. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/755>. Acesso em: 22 jul. 2022.

KNOLL, S.A. et al. Acolhimento Humanizado dos Pacientes em Meio a Pandemia. In: **Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia da Unisc**. Universidade de Santa Cruz do Sul; 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/mostraextensaounisc/article/view/20649>. Acesso em: 22 jul. 2022.

LOPES, M.T.S.R. et al. Educação Permanente e Humanização na Transformação das Práticas na Atenção Básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1161, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1161.pdf>. Acesso em: 04 out. 2022.

MENEZES, M.L; SANTOS, L. R. C. S. HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um olhar sobre o trabalhador da saúde. **Saúde. Com**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-8, 18 maio 2017. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Edições UESB. <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i1.384>. Acesso em: 08 out. 2022.

RAMOS, E. A. et al. Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.28, Supl. 5, e-S280522, 2018. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2454>. Acesso em: 22 jul. 2022.

RIBEIRO, W. A. et al. Interfaces da Atenção Primária de Saúde: Um estudo reflexivo. **Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 2, n. 1, 2022. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/68/59>. Acesso em: 04 out. 2022.

SILVA, I. N. et al. Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 02-07, 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4674>. Acesso em: 22 jul. 2022.

SILVA, K. A.; DIAS, A. A. Compreensão sobre o atendimento humanizado em um ambulatório de odontologia da marinha. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.32, p.8336, 2019. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8336/pdf>. Acesso em: 04 out. 2022.

VILLELA, M.S. et al. Humanização na ambiência de Práticas Integrativas e Complementares: significado de bem-estar na perspectiva dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2011-2022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/637gPDN54mZMLh8xTYhttBz/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CAPÍTULO II

TERRITORIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO AMPLIADO EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DE UMA OFICINA

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-2

Ana Larisse Santos Barbosa
Jefferson Dantas da Costa
Cleber de Sousa Silva
Jamille Rodrigues da Silva

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da realização de uma oficina de territorialização em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em Tianguá-CE. Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, referente às atividades propostas pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará nos meses de março e abril de 2022.

A cidade de Tianguá-CE está situada na Serra da Ibiapaba, na região noroeste do estado. Apresenta área de 909,9km² e uma população de 68.892 pessoas, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, porém estima-se que em abril de 2022 tenha uma população de 77.111 habitantes, com densidade demográfica de 75,80 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,657, figurando em 18º lugar no estado do Ceará.

Tianguá é dividido pela BR-222, o que traz implicações para seus habitantes, seja no trajeto para as demais regiões, seja pelo estigma que algumas regiões carregam por serem mais afastadas do que é conhecido como “centro”. Entender sobre a caracterização do município no geral é importante para compreendermos as suas especificidades, principalmente quando falamos do referido bairro de atuação, o Santo Antônio.

Durante a experiência, foi importante conhecer o cenário de prática e seus profissionais, visitando os diversos equipamentos presentes no território e conversando com os atores principais desses equipamentos, a fim de compreender o funcionamento desses locais e o seu potencial para a execução de atividades para promoção de saúde no bairro visando diferentes públicos. Essas visitas e o contato com o bairro culminaram numa oficina em saúde com a presença de profissionais de diversos equipamentos, bem como da comunidade. Este momento será o foco deste trabalho, mas antes cabe conhecer um pouco mais sobre este território.

A história do bairro remonta à década de 1980, na qual havia o processo de urbanização a partir da doação de terras por parte de um vereador da cidade aos novos moradores, sobretudo, indivíduos que não tinham onde morar e/ou necessitavam de ajuda financeira. A infraestrutura para esta população, como saneamento e energia elétrica, veio anos depois, por volta da década de 1990.

Desde a fundação deste território, as marcas da desigualdade são patentes, quando comparado a outras regiões da cidade. Apesar de alguns avanços, o imaginário sobre essa região continuou a ser construído a partir da noção de precariedade:

O bairro Santo Antônio carrega em seu território traços do que outrora foi uma região esquecida pelo poder público. Apesar dos pequenos avanços, a situação de saúde no incipiente bairro foi, durante muito tempo, um dos grandes gargalos da região. As altas taxas de mortalidade infantil, diarreia, desidratação e desnutrição denunciavam o descaso que havia por parte do Estado diante da população que crescia às margens da BR-222. (SOUSA *et al.*, 2021, p. 04.)

Atualmente, o bairro é conhecido pelo perigo, pela criminalidade e por ser marcado por atividades ilícitas. Durante o caminhar pelas ruas, foi possível observar muitos pontos de lixo e animais de rua, mas também a presença de depósitos de frutas e pequenos comércios. Neste sentido, Tianguá parece ser dividido em dois lados: de um lado, o centro, marcado pelo desenvolvimento e comércio consolidado. Do outro, bairros como o Santo Antônio, conhecidos pela violência, drogas e falta de estrutura (SOUSA *et al.*, 2021).

A reprodução do imaginário deste território como perigoso cria o processo de estigmatização. Apesar disso, há uma ligação entre os indivíduos e o território, e este último não é uma dimensão externa aos sujeitos que o habitam, e sim, constituída enquanto um objeto virtual, formado por disputas diversas, inclusive disputas de narrativas (AGIER, 2015). Este escrito viabiliza a percepção de outros discursos, para além do imaginário construído. Além disso, o processo de territorialização se mostra como um instrumento para a concepção do cuidado ampliado e controle social na saúde.

2. ENTENDENDO TERRITORIALIZAÇÃO: BREVES REFLEXÕES

A territorialização consiste no processo de conhecimento do território para nortear estratégias de cuidado no combate aos agravos de saúde bem como a sua promoção. O território pode ser entendido como a delimitação não apenas geográfica do local, mas também como dimensão social dos determinantes de saúde naquele local coberto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, a territorialização é um propósito primordial da ESF. Esta surgiu inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), principalmente na região Nordeste, e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil, pelo qual foram constituídas equipes de saúde da família; por fim, passou a ser utilizado o conceito de Estratégia de Saúde da Família, constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Uma ESF abrange uma população de até 4 mil pessoas, sendo recomendada a média de 3 mil (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

É preciso, porém, ir mais além e entender que as etapas do processo de territorialização não são fixas e concretas, mas sim, algo contínuo e dinâmico que se modela conforme necessidades do território permitindo, assim, uma compreensão ampla da territorialização. Tão importante quanto essas considerações é o olhar interdisciplinar da situação de saúde, pois permite conhecer distintos saberes e visões de mundo sobre a realidade de uma população (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Deve-se chamar atenção ao fato que as atividades grupais, na perspectiva da ESF, apresentam benefícios essenciais ao promover o potencial reflexivo, crítico e criativo dos participantes (CAVALCANTE *et al.*, 2016). Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da realização de uma oficina de territorialização em uma UBS do município de Tianguá-CE.

Além disso, o processo de territorialização se mostra como um instrumento para a concepção do cuidado ampliado e do controle social na saúde. A Oficina de Territorialização terá sua metodologia descrita no tópico a seguir.

3. METODOLOGIA

Durante a experiência, foi importante conhecer o cenário de prática e seus profissionais, visitando os diversos equipamentos presentes no território e conversando com os atores-chaves desses equipamentos, a fim de compreender o funcionamento desses locais e o seu potencial para a execução de atividades para promoção de saúde no bairro visando diferentes públicos. Essas visitas e o contato com o bairro culminaram numa oficina em saúde com a presença de profissionais de diversos equipamentos, bem como da comunidade.

A vivência do processo de territorialização, realizado pela equipe multiprofissional da residência em saúde da família e comunidade, em um município da região norte do Ceará, aconteceu no território da Unidade Básica de Saúde (UBS). Territorializar permite que as necessidades e potencialidades da comunidade adscrita pela UBS sejam conhecidas, além de

possibilitar o planejamento de ações em saúde coerentes e resolutivas, objetivando a transformação da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Os autores Rouquayrol e Gurgel (2013) relatam que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são abrangidos pela moradia, a alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o lazer, entre outros. Nesta atividade, foi possível justamente observar estes fatores, conhecer como se dava o processo saúde-doença da população e visualizar a incidência dos determinantes e condicionantes existentes em cada lugar.

É válido ressaltar que todo o percurso de visita aos equipamentos e aos limites do território foi realizado em forma de caminhada pela equipe de residentes. Nesse momento pode ser percebido o modo de vida em que as pessoas da região vivem e convivem. Para além das visitas aos dispositivos e a caminhada pelo território, os discursos de moradores pioneiros do bairro também se fizeram de grande importância para o conhecimento da história local, e como foi ocorrendo as mudanças ao longo do tempo para que se chegasse ao modo em que se encontra atualmente.

Para finalizar o processo de territorialização, a equipe multiprofissional de residentes realizou uma oficina com os usuários e os profissionais da unidade, para que fosse discutida a percepção de ambos sobre as potencialidades e fragilidades identificadas no território descrito.

Diante do processo de territorialização da área de abrangência da UBS, foram aplicadas as etapas propostas pela RESMULTI/ESPCE, sendo elas, respectivamente: Imersão no município e Cenário de Práticas, Imersão Comunitária, Mobilização nos territórios/Execução de oficinas de territorialização, Sistematização das oficinas/ Planejamento da quinta etapa, Realização de oficinas de planejamento participativo/ Avaliação dos elementos vivenciados e condensados. Sendo assim, entendendo que as etapas se interpenetram e possibilitam a obtenção de informações sistematizadas do território, iniciou-se o processo por meio da imersão no município e no cenário de prática.

No que tange ao objetivo deste trabalho, apresenta-se a realização da 3º etapa de mobilização nos territórios e execução de oficinas de territorialização, em que foi optado pela realização de um único encontro para viabilizar a participação integral dos profissionais dos equipamentos do território na articulação e no planejamento.

Sob essa ótica, foi pensada uma dinâmica que viabilizasse a matriz SWOT/FOFA, que busca conhecer os pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças. A matriz foi escolhida por considerar-se que este método é uma ferramenta útil na organização e no planejamento estratégico, bem como potencializa a capacidade dos serviços de saúde em definir objetivos e

metas com mais precisão e coerência (LAMEIRÃO *et al.*, 2020). A dinâmica consistiu em um recurso imagético utilizando a metáfora da figura de um guarda-chuva protegendo o território das gotas de chuva, na qual estas representavam as fragilidades e ameaças presentes no território e o guarda-chuva representava as forças e oportunidades.

Contamos com 21 pessoas, entre funcionários e usuários. Logo ao início, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do encontro e a importância deste momento de comunicação, cuja base vem dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram divididos em dois grupos, dos quais um ficou responsável por elencar as fraquezas/ameaças e o outro por identificar as fortalezas/oportunidades.

Depois dessa etapa, cada participante teve de 3-5 minutos para falar sobre as oportunidades ou fragilidades que identificou, bem como apontar pontos que não foram explorados pelos outros grupos. Ao final das falas, abriu-se um momento para que os participantes sugerissem alternativas de intervenção. A equipe de residentes finalizou o momento informando que seriam pensadas ações conjuntas e multiprofissionais a serem realizadas conforme necessidade e propostas apresentadas, tentando sempre articular demandas e visando melhorias para a população e para o território.

Por ser do tipo de relato de experiência, este estudo não passou por Comitê de Ética, mas é norteado pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), valendo de princípios éticos, como ética, não maleficência, beneficência, sigilo e respeito.

4. RESULTADOS

De acordo com Sousa (2019), compreender as fragilidades e potencialidades do território permitem a produção de propostas congruentes com a realidade vivenciada pela comunidade, bem como possibilitam aos profissionais de saúde serem coesos com os interesses sociais. Diante disso, cabe pontuar que o território-área conta com diversos dispositivos, onde a equipe de residentes pode realizar uma visita a cada um deles e conversar com um representante de cada organização, realizando um trabalho de escuta ativa desses atores sociais.

Nesses momentos, pôde ser observado como o território funcionava, quais as queixas e problemas enfrentados nos dispositivos visitados e, em contrapartida, também pode ser observado os locais e ferramentas que poderiam ser potenciais para realização das atividades da residência, na promoção de saúde do território. Durante as visitas da área adscrita, identificamos três unidades de educação, sendo duas escolas de ensino fundamental I e uma escola de ensino fundamental II. Cabe salientar, ainda, que foi possível identificar os

dispositivos referentes à assistência social e seus grupos de convivência, comércios locais, associações, espaços culturais, dentre outros.

No que diz respeito à realização da oficina de territorialização propriamente dita, os participantes destacaram como principais forças/oportunidades os equipamentos públicos e sociais, esse mesmo resultado foi encontrado em uma pesquisa realizada em Sobral (Ceará), na qual as escolas foram destacadas como espaços de formação cidadã e a UBS como serviço de cuidado longitudinal (SOUSA, 2019).

É importante ressaltar que os recursos humanos também foram considerados forças e oportunidades, dentre os quais contam com residentes em saúde da família e comunidade, agentes comunitários de saúde e estagiários. Sob essa ótica, ganha relevância uma oficina de territorialização realizada em Quixeramobim, na qual evidenciou recursos humanos além do pessoal da UBS, que exemplificam a influência das rezadeiras, curandeiras e presença política (BEZERRA *et al.*, 2020).

Fora desse aspecto bem demarcado, são apresentadas fraquezas e fragilidades de diversas origens, relacionadas à localização geográfica do território, condições ambientais, dentre outras. Na discussão desse ponto, cabe apontar a importância de conhecer esses aspectos do território, tendo em vista que muitas vezes estão associadas a dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde ou até mesmo a viabilização do cuidado (BEZERRA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, foi possível a realização de um plano de ação com intervenções de curto, médio e longo prazo, das quais podem ser citadas: acionamento da associação de catadores na contribuição com questões relacionadas ao lixo à céu aberto; intensificação das atividades de educação permanente com profissionais da unidade; aprimorar o acolhimento com escuta qualificada, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades; informar para a gestão a necessidade da implantação de um serviço de Pronto Atendimento na comunidade; educação em saúde sobre conscientização ambiental; intensificar as atividades do Programa Saúde na Escola: ações de educação sexual e reprodutiva, promover conscientização sobre os riscos do uso de drogas, realizar uma feira de profissões e projeto de vida; expandir a criação de grupos: práticas corporais, grupo de gestantes, grupo de adolescentes, dentre outros; explorar potencialidades dos profissionais que compõem a unidade equipe mínima (residentes, estagiários e agentes comunitários de saúde); fortalecer o vínculo em rede; aplicar ações de cuidando do cuidador.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que a oficina realizada se propôs a conhecer as conquistas, a história e o cotidiano da comunidade, bem como entender as dificuldades e fragilidades do território, sistematizadas em rodas de conversas dos profissionais de saúde residentes. Não menos importante que essa consideração, entretanto, foi o objetivo de produzir esse processo dinâmico e que tornasse os sujeitos participantes ativos nesse processo de territorialização.

A experiência no desempenho de territorialização apresenta-se como um instrumento de trabalho bastante transformador, por possibilitar, aos usuários e profissionais, uma vivência diferenciada de atenção e cuidado. Assim, recomenda-se a prática da territorialização não somente para conhecer o território geográfico, isto é, as casas, bairros, ruas e equipamentos sociais e de saúde, mas também para apreciá-la como uma possibilidade de cuidado ampliado de saúde, no qual o vínculo seja percebido como a mola mestra e as ações sejam realizadas em conjunto com seus diversos segmentos.

REFERÊNCIAS

AGIER, Michel. Do direito à cidade ao fazer-cidade. O antropólogo, a margem e o centro. **Mana** 21 (3), 2015, pp. 483-498.

Bezerra, Raíra Kirilly Cavalcante *et al.* A territorialização como processo de transformação: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e2704.2020>>. Acesso em: 04 mai. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

CAVALCANTE, Viviane Oliveira Mendes *et al.* Abordagem grupal na estratégia saúde da família. **Rev. Tendên. da Enferm. Profiss.**, Fortaleza, v. 3, p. 1974-1979, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/ABORDAGEM-GRUPAL-NA-ESTRAT%C3%89GIA-SA%C3%9ADE-DA-FAM%C3%8DLIA.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2022.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 01-86, jun. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf>. Acesso em: 04 maio 2022.

LAMEIRÃO, Melina Vassalo *et al.* Aplicação da matriz SWOT em uma equipe da estratégia de saúde da família. **Cadernos Esp. Ceará**, Fortaleza, jun. 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/222/201>. Acesso em: 02 maio 2022.

OLIVEIRA, Márcya Cândida Casimiro de *et al.* Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 5, p. 13578-13588, 2020. Brazilian Journal of Health Review.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

SOUSA, Francisco Willian Melo *et al.* “Por onde andei”: vivências de acadêmicos de enfermagem na atenção primária à saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 5, p. 293-304, jun. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n3p293-304>. Acesso em: 10 maio 2022.

SOUSA, Mariana Aguiar *et al.* O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA EQUIPE DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TIANGUÁ-CE. In: Anais do II Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde - ENTIS. **Anais...Manaus(AM) UFAM** - Via YouTube e Google Meet, 2021. Disponível em: <https://www.event3.com.br/anais/entis2021/375601-O-PROCESSO-DE-TERRITORIALIZACAO-DA-EQUIPE-DE-RESIDENTES-EM-SAUDE-DA-FAMILIA-NO-MUNICIPIO-DE-TIANGUA-CE>. Acesso em: 09 maio 2022.

CAPÍTULO III

GESTÃO COMPARTILHADA EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL (UDA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-3

Josineide Francisco Sampaio
Priscila Nunes de Vasconcelos
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Ricardo Fontes Macedo
Cristina Camelo de Azevedo

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por diretrizes de organização e funcionamento segundo a Lei Orgânica de 1990, balizada pelos pressupostos constitucionais da universalidade, equidade e integralidade, das ações e serviços que compõem a rede de forma hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 2006).

O SUS tem como princípios a descentralização e a responsabilização de todos os atores envolvidos nos serviços do sistema, fazendo com que as decisões do processo de trabalho sejam de forma compartilhada, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo as orientações da PNH, devem ser criados colegiados de gestão, com a participação de gestores, trabalhadores e representação da população nas tomadas de decisão (CAMPOS et al., 2014). Essa tecnologia deve ampliar o diálogo entre trabalhadores, população e a gestão, proporcionando uma gestão participativa, colegiada e compartilhada (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a gestão do SUS, em todos os níveis de atenção, tem se apresentado como um importante desafio para sua consolidação. Por isso, várias formas de gestão têm sido discutidas e realizadas nas instâncias e serviços do sistema, dentre elas a gestão compartilhada, com a premissa de qualificar a capacidade, autonomia dos usuários e trabalhadores e a corresponsabilização, enquanto sujeitos do processo, sobretudo, no campo da Atenção Básica (ARRUSSUL, 2011).

Com o conceito de saúde ampliada, as vivências do SUS e a participação dos profissionais contribui para ampliar a gestão do cuidado e dos processos que serão realizados por toda a equipe. Mas trabalhar uma gestão de forma democrática constitui um desafio, pois tenta-se romper com o autoritarismo, substituindo o modelo de administração centralizado,

implantando uma gestão realizada pelo coletivo, contribuindo com a ampliação das responsabilidades éticas na consolidação do SUS (PONTE; OLIVEIRA; ÁVILA, 2016).

Nesse sentido, o apoio institucional é importante para a efetivação da cogestão, que amplia a capacidade de executar e analisar a organização e os processos de trabalho. Essa forma de gestão busca compreender e interferir na amplitude do conhecimento, do poder e do afeto, ampliando a capacidade de as pessoas lidarem com esses elementos quando na elaboração de suas atividades, permitindo o compartilhamento de poder e de conhecimento (FERNANDES; FIGUEIREDO, 2015; CAMPOS et al., 2014).

O SUS, desde sua concepção, tem procurado efetivar o investimento contínuo na manutenção, qualificação e gerenciamento dos trabalhadores da saúde junto a aliados, tais como o sistema educacional do país, principalmente nos níveis de formação técnica e superior. As instituições de educação que atuam nesses dois níveis perceberam a necessidade de fomentar a inserção nos espaços de ensino-aprendizagem não apenas na academia ou nos serviços, mas em ambos, como uma rede a ser refeita em seus nós, para acolher pessoas necessitadas de atenção integral (AZEVEDO; HENNINGTON; BERNARDES, 2016).

A integração ensino-serviço é uma ferramenta que estimula transformações na formação dos profissionais de saúde e aproxima da realidade de vida das pessoas e das comunidades (BRASIL, 2004). É um trabalho integrado, coletivo e pactuado, de professores, estudantes da área da saúde dos cursos de formação, com trabalhadores das equipes dos serviços de saúde, incluindo a gestão. O ensino para o trabalho no SUS é um elemento importante, e a ordenação da formação na área da saúde é de responsabilidade do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A integração docente assistencial pode ser conceituada como a junção de valores em um processo de articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos adequados a um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino (RODRIGUES, 1993).

O conceito da integração docente-assistencial está ligado diretamente à propagação da medicina comunitária. Na Europa, o nome “medicina comunitária” é empregado onde existe a medicina ofertada pelo estado e socializada, apontando para a saúde pública a qual precisa de saberes da sociologia, ecologia, psicologia, entre outros. A medicina comunitária também é vista como a medicina integral, na qual a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde devem ser efetivadas por equipe multidisciplinar (PAIM, 1976).

Nesse contexto, os serviços de saúde passam a ser aproveitados como campo de prática e ensino, formando recursos humanos para oferecer melhores serviços à comunidade e acordo compartilhado entre as instituições formadoras e as que utilizam. A pesquisa passa a ter participação dos profissionais do serviço de saúde, também beneficiados pelo conhecimento produzido (RODRIGUES, 1993).

A aposta de que a educação serve a uma proposta de mudança dos serviços de saúde continua válida e atual, motivando a ação de milhares de trabalhadores, gestores e usuários do SUS (FRANCO, 2007). No âmbito da gestão do SUS, em todos os níveis de atenção, várias formas de gestão têm sido discutidas e realizadas nas instâncias e serviços do sistema, dentre elas, variações da gestão compartilhada, derivadas da premissa de ampliar a capacidade, a autonomia e a corresponsabilização de usuários e trabalhadores, enquanto sujeitos do processo, sobretudo, no campo da Atenção Primária à Saúde (APS).

Na relação histórica entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde no Brasil como cenários de práticas, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), foi criado pelo Ministério da Educação em 1981 e, apesar de ter demonstrado um avanço na relação entre ensino e serviços de saúde, teve pouca repercussão nas mudanças curriculares dos cursos da área da saúde, necessárias para trazer a discussão das práticas em saúde que pudessem produzir alterações nos cenários do trabalho em saúde. Ao Programa IDA, sucedeu-se o Programa Uma Nova Iniciativa (UNI) da Fundação Kellogg, em 1981, que procurou ampliar as ações do IDA, porém, sem um sucesso mais expressivo no que tange às mudanças curriculares que atendessem às necessidades de saúde identificadas pelo sistema de saúde (SANT'ANNA DIAS; DIAS DE LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Na segunda década do século XXI, ainda estão presentes iniciativas que se assemelham a esses programas, com o intuito de estimular modificações substantivas nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde. Dentre elas, nos deteremos na criação da Unidade Docente Assistencial (UDA) Professor Gilberto de Macedo, inaugurada em outubro de 2019, com o objetivo de ofertar serviços de assistência à população circunvizinha ao Campus A. C. Simões da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e para ampliar os cenários de prática da Faculdade de Medicina (FAMED) no Sistema Único de Saúde (SUS) (UFAL, 2022).

Esse capítulo tem como objetivo descrever a experiência de um arranjo de gestão compartilhada em uma Unidade Docente Assistencial (UDA) na Atenção Primária à Saúde, a partir do compartilhamento gestor entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, capital do estado de Alagoas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre um arranjo de gestão compartilhada em Unidade Docente Assistencial na Atenção Primária à Saúde. O relato será dividido em três seções: Gestão Acadêmica Colegiada; Gestão Compartilhada — Acadêmica e Administrativa; Gestão Descentralizada da Equipe.

3. RESULTADOS

A inauguração da Unidade Docente Assistencial (UDA) Professor Gilberto de Macedo foi realizada no dia 11 de outubro de 2019 (UFAL, 2022). Além de colocar serviços de assistência à população circunvizinha ao Campus A. C. Simões, a parceria reafirma o contínuo compromisso da Universidade Federal de Alagoas com a sociedade, a partir da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, que também simboliza a concretização de importante projeto de formação e assistência à comunidade.

O prédio da UDA/UFAL é localizado no terreno da universidade, com a porta de entrada para a comunidade do Village Campestre II do bairro Cidade Universitária, os serviços e funcionamento são acompanhados pela cogestão entre a UFAL e a SMS, e beneficiam aproximadamente 70 mil pessoas das comunidades localizadas nos arredores do *Campus A. C. Simões*, a exemplo do Village Campestre I, Gama Lins, Lucila Toledo, Acauã e Aracauã (UFAL, 2022).

3.1. GESTÃO ACADÊMICA COLEGIADA

O Conselho Acadêmico Gestor da UDA foi instituído por meio de Portaria, em dezembro de 2019, pouco depois de sua inauguração. Na referida Portaria, foram designados representantes dos cursos de enfermagem, educação física, farmácia, odontologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social do *Campus A. C. Simões*, como instância consultiva, deliberativa e de assessoria para definição, implementação e avaliação das políticas acadêmicas de ensino no âmbito da UDA.

A coordenação do Conselho é realizada por docente da Faculdade de Medicina que ocupa o cargo de Diretor Acadêmico da UDA e os membros dos cursos da área de saúde que compõem o conselho são indicados por suas respectivas unidades acadêmicas.

Inicialmente, as reuniões do conselho ocorriam com periodicidade mensal, sendo discutidos pontos como: estabelecimento de fluxos para autorização de estágios extracurriculares e curriculares, aulas práticas e visitas técnicas, bem como o fluxo para o

atendimento dos docentes dos cursos de graduação e pós-graduação que passaram a ser realizados na UDA, após a criação do Serviço de Atenção à Saúde do Estudante (SASE) da UFAL. A questão principal nesta pauta era que, a parceria entre a UFAL e SMS estabelecida e desenvolvida na UDA deveria ser proveitosa para as duas instituições. Para isso a UFAL não deveria permitir a presença de um número excessivo de atividades acadêmicas, pois poderia comprometer as atividades assistenciais desenvolvidas pelas duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) da UDA. Ainda sobre as atividades acadêmicas da UDA, foi discutido que estas seriam voltadas para a consolidação do conhecimento dos(as) discentes e para a promoção da saúde da coletividade. Portanto, o principal objetivo é o ensino e não apenas suprir a carência histórica de ampliação da atenção primária em saúde no território.

As discussões iniciais também eram fortemente marcadas pela presença do tema interprofissionalidade em saúde, pois sempre foi um consenso no grupo que a UDA seria um espaço importante para que estratégias de educação interprofissional fossem expandidas na UFAL, buscando atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área de saúde. O encaminhamento inicial foi o levantamento de todas as atividades práticas realizadas nos cursos com públicos específicos, como crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. A estratégia definida foi de iniciar um esforço conjunto, junto aos docentes dos cursos responsáveis pela condução dessas práticas, para que ocorressem no mesmo dia e horário com o público atendido na UDA, possibilitando, assim, atividades interprofissionais como atendimentos multiprofissionais, discussão de casos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), dentre outras.

Outra pauta frequente nas reuniões era o desafio da integração ensino-serviço na UDA e o estabelecimento de estratégias de enfrentamento das dificuldades. Apesar das possibilidades vislumbradas com a inauguração da UDA, os diferentes perfis de atenção à saúde realizados se configuraram um desafio adicional, pois atuam na UDA duas equipes de ESF que atendem uma população adscrita e desenvolvem ações de busca ativa, além dos docentes e discentes da UFAL que prestam assistência para os alunos da UFAL e para a população de demanda espontânea.

Porém, com o início da pandemia da COVID-19, a atuação do conselho acadêmico foi interrompida, as atividades acadêmicas teóricas e práticas da UFAL foram suspensas, e as unidades acadêmicas concentraram esforços nas discussões sobre a retomada do ensino, baseadas na necessidade de distanciamento social. Posteriormente, as reuniões do conselho foram retomadas de forma remota e a pauta passou a ser o retorno gradual das atividades acadêmicas práticas na UDA, iniciadas pelos acadêmicos de medicina e posteriormente, da enfermagem.

Outra pauta central foi a repercussão negativa da pandemia na integração ensino-serviço da UDA. Com o retorno das atividades presenciais na UFAL, os docentes voltaram a propor atividades na UDA. Dessa forma, os desafios da integração ensino-serviço e da interdisciplinaridade e interprofissionalidade voltaram a emergir. Com relação à integração ensino-serviço, foi proposta a presença no Conselho Gestor da UDA de um representante da Prefeitura, para que este garantisse o ponto de vista do parceiro e as decisões serem integradas e adequadas aos objetivos das duas instituições gestoras.

A atuação do Conselho Acadêmico Gestor da UDA é importante para a consolidação da UDA como um espaço de prática interprofissional e, certamente, é um espaço onde emergem disputas históricas de poder entre as unidades acadêmicas, e onde problemas anteriores à criação do Conselho interferem nas pautas. Apesar de todas as divergências, os espaços democráticos de discussão devem ser valorizados, pois somente assim os diferentes pontos de vista são considerados e impactam positivamente na formação dos acadêmicos dos cursos da área de saúde da UFAL.

3.2. GESTÃO COMPARTILHADA - ACADÊMICA E ADMINISTRATIVA

A unidade dispõe da direção acadêmica realizada por docente da Faculdade de Medicina da UFAL e a direção administrativa, conduzida por servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. É desenvolvida uma gestão compartilhada, estabelecendo atribuições e compromissos das instituições, criando espaços para a discussão do processo de integração ensino-serviço, promovendo o ensino, a pesquisa e a extensão com assistência à saúde contextualizada com a realidade.

A gestão compartilhada entre as instituições parceiras da UDA/UFAL deve estar prevista no contrato de convênio, o qual prevê as responsabilidades de cada um na parceria. Além disso, esta gestão deve ter um regimento e fluxos formalizados para nortear as interações dos gestores e dos profissionais das duas instituições.

A gestão compartilhada entre a universidade e a SMS possibilitou que, após o retorno das atividades presenciais da UFAL na UDA, os dois gestores dessas organizações planejassem os fluxos dos serviços e das atividades para otimizar as interações entre os profissionais das duas instituições. Por exemplo, recentemente, foi planejada a ação educativa referente ao tema do mês de setembro amarelo na unidade. Este foi feito em conjunto, mobilizando os profissionais da prefeitura e os docentes e alunos da UFAL para realizarem atividades no mesmo dia de forma coordenada. Outra iniciativa consistirá nas reuniões integradas para

comunicar o cronograma, as atividades e outras situações, tanto com a presença de profissionais da prefeitura, quanto docentes e discentes da UFAL.

3.3. GESTÃO DESCENTRALIZADA DA EQUIPE

Na saúde, a gestão é horizontalizada, pois cada equipe precisa de autonomia para gerir seu próprio processo de trabalho. No caso da UDA, isso ocorre tanto para os profissionais da prefeitura (enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas e farmacêuticos), quanto para os docentes da UFAL. Cada profissional de saúde da prefeitura tem normas, fluxos e orientações próprias, determinadas pelos seus Conselhos de Classes e pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o/a profissional tem que planejar e gerir o seu plano de trabalho, mas que sempre terá pontos de convergência com as outras profissões. Isso se aplica também para os/as docentes e, além das normas da profissão, seguem as orientações de ensino de sua faculdade, da universidade e do Ministério da Educação. Essa complexidade de normas, regras e orientações de diversas profissões e instituições convergem e entram em conflito num mesmo ambiente. Por isso, uma gestão compartilhada e colegiada é essencial para estabelecer um diálogo contínuo, buscando o equilíbrio e preservação das leis e normas de ambas as partes.

A gestão compartilhada pode gerar grandes resultados em face da união de forças de trabalho, recursos humanos e financeiros. Por outro lado, ela pode ser burocrática, ineficiente e ineficaz, quando o desenvolvimento desse tipo de gestão não adota regras bem definidas e as pessoas inseridas nas organizações não entendem a sua missão. Dessa forma, as duas instituições devem buscar alinhar detalhadamente as responsabilidades de cada uma, os objetivos individuais e coletivos. Também precisam definir as ferramentas de mediação dos conflitos que possam vir a ocorrer, visto que é um ambiente com muitas normas, orientações e tipos de gestão diferentes. A estratégia de comunicação interna desta cultura é uma ferramenta eficaz para minimizar os conflitos e manter as duas organizações na direção para os objetivos institucionais e da sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos conhecer a experiência e os desafios enfrentados no âmbito da gestão compartilhada de uma Unidade Docente Assistencial (UDA), que envolveu diferentes cursos da área da saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), liderados pela Faculdade de Medicina, e profissionais e equipes da ESF vinculados à Secretaria Municipal de Maceió. Entre os desafios relatados, observamos que foram empreendidos esforços e engendrados diferentes arranjos de gestão compartilhada, para articular diversos atores com interesses

específicos, com a finalidade de atender os objetivos de formação e de qualificação dos serviços prestados aos usuários da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Bras. de Educ. Med.**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ARRUSSUL, T.A. **Gestão compartilhada em saúde: o estudo de caso de uma unidade de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, RS, 2011.

AZEVEDO, C.C.; HENNINGTON, E.A.; BERNARDES, J.S. Inte(g)ração Ensino-Serviço no SUS. **Rev. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 84-103, 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União. Brasília, sec. 1, p. 18055-18059. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.** Material de apoio. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2006.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)** [online], v.18, suppl.1, p. 983-995, 2014.

FERNANDES, J. A.; FIGUEIREDO, M. D. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. **Physis**, v. 25, n. 1, p. 287-306, mar. 2015.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n. 23, p.427-38, 2007.

PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. **Saúde Dcb.**, n.1, p. 9-12, 1976.

PONTE, H.M.S.; OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 34-47, 2016.

SANT'ANNA DIAS, H.; DIAS DE LIMA, L.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (Brasil). Faculdade de Medicina: Unidade Docente Assistencial. Maceió-AL. Disponível em: <https://famed.ufal.br/pt-br/institucional/unidade-docente-assistencial-professor-gilberto-de-macedo>. Acesso em: 28 set. 2022.

CAPÍTULO IV

ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS EM ALAGOAS: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2012 A 2019

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-4

Adson Yvens de Holanda Agostinho
Bruna Stefany Rebouças França
Bruna Carvalho Borges
Maryanne Ferreira Soares
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um ponto de integração entre as diferentes Redes de Atenção à Saúde. A APS é pautada em diferentes princípios, sendo esses a integralidade da atenção, a universalidade, a acessibilidade, a continuidade do cuidado, a responsabilização, a humanização e a equidade, e tem como ferramenta concretizadora de todos esses norteadores a Equipe de Saúde da Família (MS, 2022).

É no âmbito da atenção primária que o pré-natal se consolida como um conjunto de ações integradas no contexto da saúde materno-infantil. Sua realização implica na redução dos casos de infecções congênitas, partos de alto risco e má-formações capazes de ser solucionadas no período intrauterino. Logo, trata-se muito mais que uma política pública, e sim, de um instrumento imprescindível para a redução dos índices de morbimortalidade tanto no pré-parto, no parto e no pós-parto. Assim sendo, são inúmeros os fatores relacionados à realização de um pré-natal de qualidade na APS.

As desigualdades regionais promovem precariedade de acesso a um pré-natal de qualidade. Sendo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) um parâmetro de avaliação das condições de subsistência de uma população e estando as regiões brasileiras em diferentes pontos dessa métrica, a qualidade da saúde materno-infantil ofertada tem uma relação diretamente proporcional a esse indicador (ZERMIANI et al., 2018). Corroborando o que está sendo desenhado, sendo a região Nordeste detentora de um dos menores IDH do Brasil (FIOCRUZ, 2022) o atendimento ofertado às gestantes e mulheres em idade fértil com o intuito de contemplar tanto o período de planejamento, quanto de gestação, concepção e pós-parto, é permeado por um reduzido número de consultas no pré-natal, redução no número de

realização de exames e maiores indicadores de morbimortalidade (SILVA; LEITE; LIMA; OSÓRIO, 2019).

Outrossim, tanto a raça/cor, quanto a idade e tipo de parto associados ao fato de a gestante pertencer a região Nordeste predispõe o acontecimento de desfechos desfavoráveis. Essa ideia desperta, portanto, o objetivo do presente estudo como a identificação da evolução temporal de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal no estado de Alagoas entre os anos de 2012 e 2019, a partir do grupo etário, raça/cor e tipo de parto.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Atenção Pré-Natal é um importante componente da Saúde da Mulher na Gestação, no Parto e no Puerpério, e se relaciona diretamente com a redução de complicações no período gravídico, no parto e no puerpério, e a menor incidência da morbimortalidade neonatal e perinatal (LUZ, 2022, p.111).

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e, quando acontece em neonatos (até 28 dias de vida), pode ser considerada evitável, na maioria dos casos, a partir do estabelecimento de uma coordenação de cuidado qualificada de assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Logo, as condições do serviço ofertado contribuem efetivamente para os coeficientes de morbimortalidade (BASSO, 2022, p. 269).

As principais diretrizes (MS, 2022, p. 316) para a realização de um pré-natal adequado foram determinadas pela Portaria da Rede Cegonha, que indica a captação precoce da gestante (até a 12^a semana), a garantia dos recursos físicos, humanos e materiais, a realização de sete ou mais consultas, a avaliação dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), a escuta ativa da gestante, a inclusão do parceiro na realização do pré-natal, o estímulo ao parto fisiológico, se possível, além do planejamento de um plano de parto e a informatização dos direitos das gestantes durante o período gravídico-puerperal.

As principais falhas na assistência pré-natal são a cobertura baixa da assistência a nível local, início tardio e acompanhamento inadequado abaixo do número de consultas preconizado pelos protocolos nacionais, exames complementares indisponíveis e falta de orientações sobre o parto e a amamentação (MENDES, 2022, p. 793). Nesse sentido, é necessária a realização de vigilância do serviço de pré-natal visando avaliar a assistência prestada, por meio dos dados coletados, pois a assistência pré-natal é um importante fator na mortalidade materno-infantil (REZENDE, 2015, p. 220).

Logo, as disparidades sociais em relação à idade, raça e tipo de parto contribuem para as diferentes formas de acesso e qualidade do pré-natal realizado entre as usuárias do SUS

(TOMASI, 2017, p. 11). Dessa forma, as mulheres em situação de maior vulnerabilidade têm menor frequência de cuidado pré-natal adequado (LEAL, 2022, p. 100).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo de abordagem quantitativa que utilizou dados secundários do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2021 e os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel 2016.

A população deste estudo foi de 408.479 gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal no estado de Alagoas durante o período de 2012 a 2019. Foram analisadas variáveis segundo características maternas: raça/cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena, branco/ignorado), grupo etário (00-14 anos, 15-19 anos, 20-24 anos, 25-29 anos, 30-34 anos, 34-39 anos, 40 anos ou mais); e variáveis referentes à gestação: tipo de parto (vaginal, cesáreo, branco/ignorado). A análise descritiva dos dados foi concretizada pelo *software* Joinpoint Regression Program, versão 4.5.0.1, objetivando as tendências temporais dos coeficientes de atendimento pré-natal. Utilizaram-se os percentuais de 7 ou mais consultas em cada uma das variáveis de estudo, sendo consideradas variáveis dependentes e os anos desta análise foram considerados variáveis independentes.

As tendências foram descritas a partir da Variação Percentual Anual Média (AAPC – *Average Annual Percentage Change*). O intervalo de confiança considerado foi de 95% (IC95%) e a significância (valor de p) foi de 5%. As tendências foram classificadas em crescente, decrescente ou estacionária, conforme $AAPC > 0$ e $p < 0,05$, $AAPC < 0$ e $p < 0,05$ e $AAPC = 0$ e/ou $p > 0,05$, respectivamente.

Este estudo não requereu submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob Resoluções nº 466/12, nº 522/16 e nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, por considerar dados secundários de bases de dados de domínio público, sendo esta uma das limitações deste estudo.

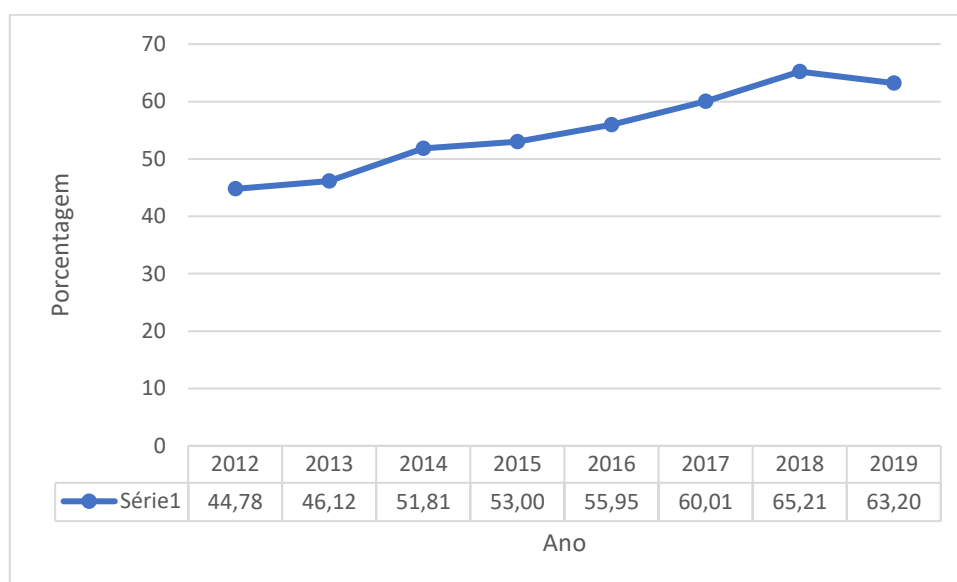
4. RESULTADOS

No Brasil, tem sido observado um aumento da realização do pré-natal na APS, principalmente no âmbito do seguimento com a continuidade da atenção a gestante, sendo adequado em 74,9% dos casos com concentração das falhas nos aspectos estruturais (CUNHA, 2019, p. 447). No Nordeste, ao avaliar o processo de trabalho, tem-se uma alta cobertura de gestantes acompanhadas pelas unidades básicas de saúde, no entanto, ao analisar o

cumprimento dos indicadores: início do pré-natal no primeiro trimestre, com mais de sete consultas e realização dos exames recomendados, poucos serviços conseguiram cumprir os parâmetros preconizados pelo MS; ao comparar com outras regiões, o Nordeste ficou em segundo lugar na adequação estrutural, contudo, em quinto lugar na avaliação dos aspectos operacionais e na avaliação geral do pré-natal (SILVA, 2019, p. 13).

O estado de Alagoas apresentou razão de crescimento de 29,93% nos pré-natais com 7 ou mais consultas entre os anos de 2012 a 2019. Ao analisar a evolução temporal da proporção de pré-natais com 7 ou mais consultas, foi possível perceber que, a partir do ano de 2014, a representação permaneceu acima de 50% em relação às gestantes que realizaram mais de 7 consultas pré-natais (Figura 1).

Figura 1 – Evolução da proporção de pré-natais com 7 ou mais consultas em Alagoas entre 2012 e 2019



Fonte: Os autores.

Sob esse viés, essa evolução crescente pode ser atribuída a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459 em 2011, estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para implementar uma rede de cuidado integrada às mulheres durante o pré-natal, o parto e o puerpério, além da atenção integral à saúde da criança, em todos os serviços de saúde do SUS (MORAES, 2022, p. 10).

Ao analisar o estado de Alagoas a partir das tendências temporais, percebe-se que a realização de 7 ou mais consultas pré-natais, além de crescentes no período analisado, também são expressivas em todos os grupos etários analisados. O acesso precoce à assistência pré-natal viabiliza a adequabilidade do pré-natal conforme o Ministério da Saúde, considerando que a

gestante deve realizar pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, no mínimo duas consultas no segundo trimestre de gestação e ao menos três consultas no último trimestre (MS, 2022, p. 163).

Tabela 1 – Tendências da porcentagem de pré-natais com 7 ou mais consultas em Alagoas entre 2012 e 2019

Categoria	N	%	AAPC (IC95%)	Tendência
Raça/cor				
Branca	19.771	4,84	6,3 (4,2 a 8,4); p=0,0	Crescente
Preta	2.308	0,56	9,6 (8,5 a 10,8); p=0,0	Crescente
Amarela	650	0,15	7,2 (-2,8 a 18,2); p<0,1	Estacionária
Parda	197.150	48,26	6,5 (5,9 a 7,1); p=0,0	Crescente
Indígena	731	0,17	13,8 (8,9 a 18,9); p=0,0	Crescente
Branco/Ignorado	8.086	1,97	9,7 (7,9 a 11,6); p=0,0	Crescente
Grupo etário				
00 a 14	2.657	0,65	7,5 (4,8 a 10,3); p=0,0	Crescente
15 a 19	44.855	10,98	6,6 (5,3 a 8,0); p=0,0	Crescente
20 a 24	59.967	14,68	5,3 (4,2 a 6,5); p=0,0	Crescente
25 a 29	54.065	13,23	4,2 (2,4 a 6,1); p=0,0	Crescente
30 a 34	39.612	9,69	5,1 (3,8 a 6,5); p=0,0	Crescente
35 a 39	18.645	4,56	5,9 (4,4 a 7,5); p=0,0	Crescente
40 ou mais	4.444	1,08	7,0 (5,4 a 8,6); p=0,0	Crescente
Tipo de parto				
Vaginal	91.604	22,42	8,4 (7,6 a 9,3); p=0,0	Crescente
Cesáreo	136.831	33,49	5,7 (4,8 a 6,5); p=0,0	Crescente
Branco/Ignorado	261	0,06	1,3 (-4,8 a 7,7); p>0,1	Estacionária

Fonte: Os autores.

As mulheres negras (pretas e pardas) contemplam 48,82% das mulheres que realizaram pré-natais com 7 ou mais consultas e a tendência temporal se encontra crescente, o que revela bons reflexos da aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que busca a redução da vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas na atenção ao pré-natal social atribuída a fatores macroestruturais, políticos e históricos que afetam essa população (THEOPHILO, 2018, p. 3505), (MS, 2017, p. 44).

Embora a PNSIPN atue visando diminuir as iniquidades em saúde, um estudo avaliou a mortalidade materna em Alagoas entre 1996 e 2016, verificando a persistência de maiores taxas de mortalidade (158,21/100 mil NV e 40,77/100 mil NV) em pretas e pardas, com

tendência crescente em ambas, pois a raça negra está condicionada a menor acesso aos serviços de assistência pré-natal e obstétrica (DUARTE, 2020, p. 575), (TEIXEIRA, 2012, p. 27).

Os grupos-etários encontram-se todos com tendência crescente e a maior parcela apresenta entre 20 e 29 anos. Estratificar as idades das gestantes é relevante para a classificação do risco gestacional (SILVA, 2021, p. 1). Nesse sentido, as mulheres mais velhas (> 35 anos) têm maior risco gestacional devido a antecedentes clínicos; já as mulheres mais novas têm menor adesão ao pré-natal (SOUZA, 2022, p. 25).

Ao analisar as crianças e adolescentes gestantes, embora haja predominância das gestações na adolescência na faixa etária dos 15 aos 19 anos (10,98%), sendo enfatizado o risco biológico e a relação com vulnerabilidades sociais como baixa escolaridade e poder aquisitivo (MS, 2015, p. 1), é fundamental destacar a persistência do estupro de vulnerável, pela Lei nº 12.015/2009, Art. 217-A, definido como gravidez abaixo dos 14 anos (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2009).

Uma das causas que permeiam a gravidez na adolescência advém a vulnerabilidade socioeconômica, de modo que expressiva parte das ocorrências advém principalmente da população de baixa renda, que não tem um acesso facilitado às unidades educacionais, nem às redes de informação capazes de nortear o que se deve ser feito (NERY et al., 2015). A recorrência desses acontecimentos revela não ser apenas um problema de saúde pública, mas também um problema da educação escolar.

A incompatibilidade fisiológica torna ainda mais propenso o acontecimento de eventos adversos. É inerente à faixa etária o desejo pelo novo, pelo até então misterioso, contudo, quando não bem orientados, o desenvolvimento de uma gestação predispõe a adolescente a situações de risco, como o aumento da mortalidade materna, infantil e fetal, assim como o nascimento de indivíduos com baixo peso, prematuros, com infecções e má formações congênitas que irão necessitar de cuidados intensivos, os quais nem sempre estão disponíveis em suas respectivas localidades (KAWAKITA et al., 2016).

Quanto ao tipo de parto, há um predomínio de partos cesarianos comparados aos partos vaginais com uma discrepância de 11,07%. Em um estudo realizado com base no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC), dos 56.314.895 partos pelo SUS em todo o Brasil, foram 51,3% partos vaginais, contrário aos dados encontrados em Alagoas. Ainda nesse recorte, há ocorrência maioria de partos cesarianas em mulheres brancas (GUIMARÃES, 2022, p. 11942). Além disso, partos cesáreos estão mais associados à prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, variáveis associadas a resultados controversos quando se avalia a qualidade do pré-natal (GONÇALVES, 2009, p. 2.507).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já tem estabelecido, desde 1985, uma relação que versa sobre a quantidade total de partos cesáreos estarem entre 10% a 15% do total de partos ocorridos (WHO,2015). Além da meta não ser cumprida, são notórias as desvantagens do parto cirúrgico frente ao parto normal, uma vez que a prática intervencionista predispõe o desenvolvimento da obesidade e de um sistema imunológico fragilizado associado à recorrência de quadros infecciosos, além de uma exacerbação de quadros alérgicos e asma.

Paralelamente, a elaboração de um Plano de Parto durante a assistência pré-natal e posterior utilização favorece uma experiência positiva durante o parto à gestante, por abordar o tipo do parto, esclarecimentos acerca do uso de analgesia e fármacos, a presença de acompanhante e/ou doula, orientações acerca da amamentação do recém-nascido e para o pós-parto. Outrossim, também ocorre informatização sobre o procedimento e o serviço hospitalar e resolução das dúvidas da gestante (SANTOS, 2019, p. 1).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de análise, Alagoas registrou uma crescente na realização de 7 ou mais consultas pré-natais, sendo, após o ano de 2014, a evolução da proporção acima dos 50%. Mulheres negras (pretas e pardas), de faixa etária entre 20 e 29 anos foram as que obtiveram maior tendência da porcentagem de pré-natais com ≥ 7 consultas em Alagoas entre os anos de 2012 a 2019. Esses dados permitem conceber os avanços das estratégias públicas de promoção à saúde, a exemplo da Rede Cegonha, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a elaboração dos planos de Parto durante a assistência pré-natal.

Contudo, apesar dos ganhos, é necessário ressaltar as problemáticas presentes e, muitas vezes, recorrentes no contexto alagoano que agravam não só os indicadores, mas também são ávidos por medidas resolutivas por uma contrapartida da união, dos estados e dos municípios. Seja a persistência dos números de partos cesáreos, que, além de onerarem o sistema público de saúde, trazem consigo consequência indesejáveis para gestantes sem indicação, seja pelo número significativo de gestações na adolescência que despertam não só a inabilidade em garantir segurança para uma juventude segura e saudável, mas também expõe a triste realidade que as jovens nordestinas estão expostas diariamente. Portanto, é imprescindível a retomada constante dessas discussões para, assim, surgirem propostas capazes de melhoras não só os indicadores, mas a qualidade de vida de toda a população.

REFERÊNCIAS

- BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 269-276, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200003>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção em Saúde**. 5: 163. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. **Editora do Ministério da Saúde**. 32(1): 316. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. **Secretaria de Atenção em Saúde**. 1: 45. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção em Saúde**. 3: 44. Brasília, 2017.
- CUNHA, Ana Carolina; LACERDA, Josimari Telino de; ALCAUZA, Mônica Teresa Ruocco; NATAL, Sônia. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 447-458, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Lei nº 2.848, de 1940. **Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940**. Brasília, DF, 14 dez. 2019.
- DUARTE, Elena Maria da Silva *et al.* Maternal mortality and social vulnerability in a Northeast State in Brazil: a spatial-temporal approach. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 575-586, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200014>.
- FIOCRUZ. **Desenvolvimento Humano nas Macrorregiões brasileiras**. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/desenvolvimento-humano-nas-macrorregioesbrasileiras/>. Acesso em: 12 out. 2022.
- GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001100020>.
- GUIMARÃES, Nara Moraes; FREITAS, Valéria Cristina de Souza; SENZI, Christina Galbiati de; GIL, Guilherme Trojillo; LIMA, Leonice Domingos dos S. Cintra; FRIAS, Danila Fernanda Rodrigues. PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: prevalência e perfil das parturientes / childbirths under the unified health system (sus) of Brazil. **Brazilian Journal of Development**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 11942-11958, 2021. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>.

KAWAKITA, Tetsuya *et al.* Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. **Journal Of Pediatric and Adolescent Gynecology**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 130-136, abr. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000100013>.

LUZ, Leandro Alves da; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 111-126, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s208>.

MENDES, Rosemar Barbosa; SANTOS, José Marcos de Jesus; PRADO, Daniela Siqueira; GURGEL, Rosana Queiroz; BEZERRA, Felipa Daiana; GURGEL, Ricardo Queiroz. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 793-804, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **O que é Atenção Primária?** 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 12 out. 2022.

MORAES, Bruno Quintela Souza de; MARTINS-CORREIA, Daniel; FERREIRA-MACHADO, Michael. Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018. **Salud UIS**, [S.L.], v. 54, n. 1, p. 22031-22041, 3 maio 2022. Universidad Industrial de Santander. <http://dx.doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22031>.

NERY, Inez Sampaio *et al.* Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 671-680, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000400009>.

REZENDE, Ellen Márcia Alves; BARBOSA, Nelson Bezerra. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Revista Aps**, Goiânia, v. 2, n. 18, p. 220-232, abr. 2015.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende; SOUZA, Paloma Andrioni de; LANSKY, Sônia; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson de; MATOZINHOS, Fernanda Penido; ABREU, Ana Luiza Nunes; SOUZA, Kleyde Ventura de; PENA, Érica Dumont. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 1548-1564, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00143718>.

SILVA, Esther Pereira da; LEITE, Antônio Flaudiano Bem; LIMA, Roberto Teixeira; OSÓRIO, Mônica Maria. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 53, p. 43, 16 maio 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001024>.

SILVA, Dilziane Pereira da; CAVALCANTE, Carlos Alberto Azevedo; CAVALCANTE, Francisca Farias. Acolhimento e classificação de risco nas emergências obstétricas: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 10, n. 15, p. 592101523923, 1 dez. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23923>.

SOUZA, Andressa Larissa Dias Müller; ZILLY, Adriana; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel; FRACAROLLI, Isabela Fernanda Larios; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Rede Mãe Paranaense: assistência ao pré-natal entre mulheres nos extremos de idade. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 25-40, 18 ago. 2021. Revista de Saude Publica do Paraná. <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2021v4n2p25>.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha; BARBOSA, Dulce Aparecida; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 27-35, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292012000100003>.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>.

TOMASI, Elaine; FERNANDES, Pedro Agner Aguiar; FISCHER, Talita; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SILVEIRA, Denise Silva da; THUMÉ, Elaine; DURO, Suele Manjourany Silva; SAES, Mirelle de Oliveira; NUNES, Bruno Pereira; FASSA, Anaclaudia Gastal. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 2220-20320, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

World Health Organization. **WHO statement on caesarean section rates**. 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. Acesso em: 12 out. 2022.

ZERMIANI, Thabata Cristy *et al.* A relação entre indicadores de desenvolvimento humano e de saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba – PR. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 100-106, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800010041>.

CAPÍTULO V

TENDÊNCIA TEMPORAL DE SÍFILIS GESTACIONAL EM MULHERES INDÍGENAS NO BRASIL ENTRE 2010 E 2019

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-5

Adson Yvens Holanda Agostinho
Bruna Carvalho Borges
Bruna Stefany Rebouças França
Maryanne Ferreira Soares
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que, quando não tratada durante a gestação, apresenta alta probabilidade de transmissão vertical, aumentando o risco de mortes fetais e neonatais precoces, além do desenvolvimento da sífilis congênita (PICOLI & CALOZA, 2020). Nesse sentido, a assistência pré-natal de qualidade constitui fator determinante para a evitabilidade da sífilis congênita, baseando-se em diagnósticos precoces e tratamentos oportunos com tecnologias eficazes e de alto custo-benefício (SANTANA *et al*, 2019).

No Brasil, as políticas públicas de saúde materno-infantil incorporam ações cujo eixo estratégico pauta-se no estímulo ao diagnóstico precoce da sífilis, por meio do Teste Rápido e da triagem por meio do Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) no primeiro e terceiro trimestres de gestação no pré-natal, e de práticas assistenciais de saúde que objetivam a prevenção da transmissão vertical da doença (FIGUEIREDO *et al*, 2020). No entanto, apesar de grandes avanços no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda há fragilidades estruturais que impedem a maior efetividade das estratégias de redução da sífilis gestacional na população geral (QUIRINO *et al*, 2021).

Nesse sentido, uma vez que o Brasil apresenta uma complexidade socioeconômica e cultural, o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional nas populações indígenas ainda é um desafio, bem como as informações são escassas, e os registros, subnotificados, culminando no aumento suscetibilidade ao desenvolvimento do desfecho congênito (SCHMEING, 2012).

Os casos de sífilis gestacional nas populações indígenas brasileiras são caracterizados tanto pela subnotificação, quanto pela maior dificuldade de acesso aos testes rápidos e à

incipiência da assistência pré-natal oferecida (SCHMEING, 2012). Ademais, as características culturais particulares e a diversidade dos povos indígenas brasileiros exigem políticas de educação, promoção em saúde e atendimento direcionadas a tais individualidades, por meio da identificação, caracterização e capacitação das equipes em saúde, bem como aumento da eficácia nos sistemas de notificação, que caracterizam as necessidades específicas de cada grupo populacional reforçando a vigilância epidemiológica (GARNELO *et al*, 2019).

Desse modo, o presente capítulo tem como objetivo analisar a tendência temporal das taxas de detecção de sífilis gestacional em mulheres indígenas das 05 macrorregiões brasileiras e do Brasil, de forma a observar se há alterações no padrão de tendência analisado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* com transmissão sexual e vertical (FREITAS *et al*, 2021). A transmissão vertical ocorre em mulheres grávidas com sífilis gestacional que transmitem a infecção ao feto durante qualquer momento da gestação ou no parto (BRASIL, 2019)

O *Treponema pallidum* é uma bactéria espiroqueta bacilar, anaeróbia facultativa com corpo flexível e móvel, envolvido por uma membrana citoplasmática com uma camada de peptidoglicano que confere estabilidade e locomoção. Sua cultura é inviável em razão de o crescimento *in vitro* ser lento, optando pelo uso de microscopia de campo escuro e imunofluorescência para visualização dessas bactérias (LEVINSON, 2016).

Nesse sentido, a sífilis congênita é um indicador da qualidade de assistência pré-natal, que apresenta como um dos seus componentes a testagem para sífilis durante o primeiro e terceiro trimestre e no parto, visando ao diagnóstico e tratamento oportuno (DE LORENZI & MADI, 2021).

A apresentação primária da sífilis adquirida é caracterizada pelo surgimento de lesões ulceradas na região genital ou anal com fundo limpo e bordas endurecidas, denominadas cancro duro, após cerca de 15 dias do contato sexual: as lesões costumam ser únicas e podem ter linfadenopatia associada na região inguinal ou locais múltiplos (CAMPOS & CAMPOS, 2020). A cura da sífilis primária é espontânea, progredindo-se para a sífilis secundária cerca de 6 semanas a 6 meses após contato sexual, e apresenta *rash* cutâneo, principalmente em região palmo-plantar, bem como sintomas e sinais sistêmicos (febre, poliadenomegalia, artralgia, mialgia, astenia, cefaleia e linfadenopatia generalizada) (LOZANO-MASDEMONT, Belén; ÚBEDA-ROMERO, A.; POLIMÓN-OLABARRIETA, 2021).

Após os estágios primários e secundários, a sífilis entra em um quadro de latência que pode ser assintomática ou apresentar sintomas subclínicos, sendo diagnosticada através da testagem por testes treponêmicos ou não treponêmicos (DELBEN & VIANA, 2018).

A sífilis terciária surge anos após o primeiro contato com o *Treponema pallidum*, manifestando-se com gomas sífilíticas na pele, mucosas e ossos, podendo também ter graves manifestações sistêmicas nos sistemas cardiovascular, ósseo e tegumentar nervoso (LASAGABASTER & GUERRA, 2019) (BRASIL, 2002).

A doença, na sua apresentação congênita, pode ser precoce (≤ 2 anos de idade) cursando com esplenomegalia, hepatomegalia, *rash* palmo-plantar, linfadenopatia e complicações neurológicas ou tardia, tendo úlcera gomosa, lesões periostais e bossa, além de poder causar aborto espontâneo, má-formação do feto, parto prematuro, surdez, cegueira, deficiência mental ou até óbito ao nascer durante o período gravídico-perinatal (BRASIL, 2019).

Os aspectos clínicos relacionados com a sífilis congênita envolvem a realização do cuidado pré-natal, a detecção de sífilis em gestantes, o esquema de tratamento materno adequado e o tratamento do parceiro. Logo, trata-se de um alinhamento da APS com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a Rede de Atenção Materna Infantil (MORAES, CORREIA & MACHADO, 2022).

As principais falhas no diagnóstico e tratamento são as estruturas físicas precárias, dificuldades de acesso aos testes rápidos e falhas na adesão ao tratamento, o que gera a inadequação do tratamento e a subnotificação dos casos de sífilis na gestação (SOUZA *et al*, 2022).

Ao tratar da saúde das populações indígenas, são encontrados mais desafios, pois esse grupo é considerado minoria étnica e numérica, contudo, apresentam ampla diversidade cultural. Sendo assim, devem existir políticas públicas efetivas de atendimento à saúde indígena direcionadas com atenção diferenciada, considerando as particularidades culturais dos povos indígenas, por meio da preparação de profissionais de saúde com ênfase na equidade em saúde (LANGDON, 2007).

No campo do direito à saúde, o movimento indígena reivindicou, a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, em 1986, um subsistema de atenção voltado às especificidades dos seus povos. Isso se efetivou anos mais tarde, através da “Lei Arouca”, com a criação de um modelo de atenção com enfoque integral e diferenciado (PEDRANA *et al*, 2018). A abordagem diferenciada e global prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), definido como um subsistema complementar e diferenciado do SUS. Em 2010, foi aprovada a

criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), visando reduzir os desafios na execução da PNASPI e as desigualdades em saúde (MENDES *et al*, 2018).

As ações de cuidado da transmissão vertical da sífilis na população indígena envolvem três componentes: a assistência laboratorial, a assistência clínica e a promoção de saúde, sendo os dois primeiros relacionados à disponibilidade de testes e de penicilina G benzatina e a capacitação da equipe de saúde. Por outro lado, as ações de promoção devem ocorrer em um contexto intercultural e geográfico, tendo em vista a importância do entendimento da sífilis pela população indígena para adesão ao tratamento (PICOLI & CALOZA, 2020).

Atualmente, a organização em saúde dos povos indígenas se baseia nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), modelo assistencial diferenciado, sendo recomendada a implantação dos programas de prevenção de IST/HIV em um contexto diferenciado coerente com as diretrizes do SUS e respeitando a diversidade sociocultural das comunidades (GRAEFF *et al*, 2019).

O aumento nos coeficientes de sífilis ocorre pela maior eficácia das notificações nos sistemas de notificação em virtude da necessidade desses dados para desenvolvimento de políticas públicas através da vigilância epidemiológica (SOUZA, 2022). Contudo, os autóctones estão sujeitos a uma vulnerabilidade epidemiológica devido à qualidade dos registros notificados nos Sistemas de Informação em Saúde, ocorrendo, conseqüentemente, a subnotificação e preenchimento inadequado das fichas de notificação (TIAGO, 2017).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional analítico que utiliza dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, coletados através do Sistema de Vigilância Epidemiológica que abastece o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Por se tratar de dados secundários de domínio público, essa pesquisa não necessita de submissão ao Sistema CEP/CONEP, conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 580/18.

A amostra inclui 312.349 mulheres com sífilis gestacional. Os dados foram coletados no dia 31 de março de 2021 e tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2016.

Os critérios de inclusão foram os casos de sífilis gestacional e com desfecho de sífilis congênita em mulheres indígenas do Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, assim como do Brasil, e os de exclusão são os casos notificados incorretamente ou de forma incompleta e os casos subnotificados.

Posteriormente, realizou-se a análise dos dados por meio do *software* Joinpoint Regression Program, visando analisar as tendências temporais dos coeficientes de sífilis gestacional e congênita em mulheres indígenas para analisar se há alterações no padrão de tendência observado (crescente ou decrescente) ou não (estacionário) por meio de testes de permutação de Monte Carlo que compara modelos e define o que melhor explica a tendência avaliada.

A partir da demonstração do modelo, define-se as Variações Percentuais Anuais (APS) e Variação Percentual Anual Média (AAPC) para descrição e qualificação da tendência, além da avaliação se a tendência é estatisticamente significativa, considerando os intervalos de 95% de confiança (IC95%).

4. RESULTADOS

A população indígena brasileira autodeclarada é composta por 896.917 indivíduos, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desse total, 57,7% vivem em terras oficialmente reconhecidas como autóctones (IBGE, 2010). O direito à saúde para esse público é baseado na Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e no SASI, sendo a APS a principal estratégia para correção das iniquidades étnicas refletidas a partir dos indicadores sociais, no âmbito da saúde (MENDES *et al*, 2018)

A sífilis gestacional é identificada no cuidado pré-natal durante a triagem rotineira no primeiro trimestre, no terceiro trimestre e no momento do parto, por meio da realização de testes rápidos durante a gestação (2). No Brasil, entre os anos de 2010 e 2019, a taxa de detecção de sífilis gestacional na população geral apresentou-se crescente (AAPC: 23,3; $p=0,0$), ocorrendo de forma análoga nas regiões Norte (AAPC: 19,8; $p=0,0$), Nordeste (AAPC: 22,0; $p=0,0$) e Sudeste (AAPC: 23,3; $p=0,0$) e de forma díspar no Centro-Oeste (AAPC: -2,3; $p=0,0$); já na Região Sul, a taxa se revelou estacionária (AAPC: 0,6; $p=0,4$) ao longo dos 10 anos.

Esse aumento de detecção pode ser associado à implantação da Rede Cegonha em 2011 pelo Ministério da Saúde que tem o uso de testes rápidos durante o pré-natal como uma das estratégias do programa (BRASIL, 2011). Além disso, há maior acesso à informação e desenvolvimento de políticas de Educação em Saúde efetivas na atenção básica, assim como o aumento da vigilância epidemiológica (TAVARES *et al*, 2020).

Tabela 1 – Taxa de detecção e tendências da sífilis gestacional no Brasil e em suas regiões geográficas (2010-2019)

Característica	Período	APC (IC95%)	AAPC (IC95%)	Tendência
Brasil				
Taxa Detecção SG	2010-2019	23,3(21,7 a 24,9; p=0,0	23,3(21,7 a 24,9); p=0,0	Crescente
SG: Indígenas	2010-2013	-24,6(-35,6 a 11,7); p=0,0	-11,3(-15,7 a -6,7); p=0,0	Decrescente
	2013-2019	-3,8(-9,4 a 2,1); p=0,2		
Norte				
Taxa Detecção SG	2010-2019	19,8(16,6 a 23,1); p=0,0	19,8(16,6 a 23,1); p=0,0	Crescente
SG: Indígenas	2010-2019	-2,1(-4,6 a 0,5); p=0,1	-2,1(-4,6 a 0,5); p=0,1	Estacionária
Nordeste				
Taxa Detecção SG	2010-2019	22(19,5 a 24,7); p=0,0	22(19,5 a 24,7) p=0,0	Crescente
SG: Indígenas	2010-2019	-1,0(-3,9 a 2,0); p=0,5	-1,0(-3,9 a 2,0); p=0,5	Estacionária
Sudeste				
Taxa Detecção SG	2010-2019	23,3(20,5 a 26,1); p=0,0	23,3(20,5 a 26,1); p=0,0	Crescente
SG: Indígenas	2010-2014	-38,0(-54,3 a -16,0); p=0,0	-16,3(-26,9 a -4,2); p=0,0	Decrescente
	2014-2019	6,3(-13,3 a 30,7); p=0,5		
Centro-Oeste				
Taxa Detecção SG	2010-2019	-2,3(-3,6 a -1,1); p=0,0	-2,3(-3,6 a -1,1); p=0,0	Decrescente
SG: Indígenas	2010-2013	-25,5(-32,3 a -18); p=0,0	-15,6(-17,9 a -13,2); p=0,0	Decrescente
	2013-2019	-10,1(-12,4—7,7); p=0,0		
Sul				
Taxa Detecção SG	2010-2012	-3,1(-10,2 a 4,4); p=0,3	0,6(-0,8 a 1,9); p=0,4	Estacionária
	2012-2019	1,6(1,0 a 2,3); p=0,0		
SG: Indígenas	2010-2019	0,0(-9,6 a 10,8;) p=1,0	0,0(-9,6 a 10,8); p=1,0	Estacionária

Fonte: Os autores.

Quanto à ocorrência da sífilis gestacional em indígenas, não foram observadas tendências crescentes no país, sendo estacionária nas regiões Sul (AAPC: 0,0; p=1,0) Norte (AAPC: -2,1; p=0,1) e Nordeste (AAPC: -1,0; p=0,5) e decrescente no Sudeste (AAPC: -16,3; p=0,0) e Centro-Oeste (AAPC: -15,6; p=0,0), assim como no Brasil (AAPC: -11,3; p=0,0).

Há duas hipóteses para a justificativa das taxas de detecção se encontrarem com tendência decrescente ou estacionária, sendo a primeira relacionada à subnotificação dos casos associada à autodeclaração de raça/cor; já a segunda justifica-se pela maior adesão do tratamento pela população indígena, bem como os aspectos culturais dessas populações.

Inicialmente, deve-se entender que as populações indígenas estão sujeitas, historicamente, a um ciclo de violência desde a colonização com tomada territorial, prosseguindo para uma invisibilidade social e falhas na execução dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a falta de reconhecimento estatal e de um eficiente sistema de seguridade social que levem em consideração as demandas, necessidades e particularidades dos povos originários reforça a subnotificação e impõe entraves no financiamento da saúde dos povos indígenas e redução das ações de combate às iniquidades raciais, à medida que ocorre a autodeclaração de raça/cor de indígenas como pardos em decorrência da miscigenação, além de falhas no preenchimento das fichas de notificação (HAMMANN & LAGUARDIA, 2000) (SANTOS, 2012).

Em alternativa, as tendências podem ser justificadas por aspectos culturais — como a baixa escolaridade e a heterogeneidade dos povos —, que implicam em dificuldades para o fortalecimento da educação em saúde dos povos indígenas (MENDES, 2018), e a tendência a partos realizados fora da rede de assistência à saúde, por vezes relacionados à escassez de acompanhamento profissional no período gravídico (FERRI & GOMES, 2011).

Notavelmente, um estudo referente à área indígena no município de Amambaí-MS indica que cerca de 67% dos parceiros de gestantes indígenas com sífilis são atendidos na rede de atenção primária (SCHMEING, 2012). Ademais, estudos da região Sudeste enfatizam as dificuldades da equipe de saúde em abordar adequadamente os parceiros sexuais das gestantes por falta de adequação da linguagem utilizada pelos profissionais (SCHMEING, 2012) (NARCHI, 2010).

Há, ainda, aspectos geográficos refletidos nos reveses da garantia de atenção pré-natal de mulheres indígenas, pois a cobertura de assistência pré-natal no Brasil é expressiva e superior a 90%, mas cerca de 60% da população indígena se concentra no Norte e Centro-Oeste do país (BRASIL, 2002), regiões onde ainda persistem áreas descobertas, evidenciando a vulnerabilidade dessas comunidades (DOMINGUES *et al*, 2014).

Ademais, a notificação da sífilis em gestantes indígenas desconsidera aquelas residentes de áreas urbanas. Contudo, a expropriação da terra designada aos povos nativos não se dissocia das iniquidades em saúde comuns à comunidade tradicional, uma vez que as concepções de sexo e sexualidade são intrínsecas à etnicidade e se expressam na forma de adoecimento, em especial o âmbito das infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que a população indígena enfrenta desafios específicos com relação à incidência da sífilis gestacional, a prevenção é essencial no sentido de diminuir agravos decorrentes da doença à gestante e ao bebê. Os principais procedimentos de identificação e monitoramento, que devem ser proporcionados em conjunto à valorização da participação das mulheres indígenas nas ações de saúde reprodutiva e puerperal, são o pré-natal de qualidade e o teste rápido para sífilis, HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis.

No entanto, uma vez que as comunidades indígenas apresentam particularidades socioculturais, as ações de educação em saúde devem adaptar-se a essas realidades, no sentido de englobar as características desses grupos durante as orientações acerca de uso de preservativos e o não compartilhamento de objetos perfuro cortantes, bem como explicar as alternativas de tratamento e estimular a continuidade. Nesse sentido, a consulta pré-natal e a realização de testagem rápida constituem momentos ideais para que a equipe de saúde aborde essas questões de maneira sensível, de forma que esses profissionais se mantenham atualizados nos conhecimentos que almejam transmitir. Paralelamente, destaca-se o papel fundamental do SASI para o monitoramento periódico, que avalia inadequações e necessidades de mudanças da oferta de atenção pré-natal qualificada, visando aprimorar rotinas e ações voltadas para a mulher indígena.

REFERÊNCIAS

BRASIL/Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 2, p. 20-224, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis Congênita. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde. p. 86 – 90. **Cadernos de Atenção Básica Nº 9 Série A – Normas de Manuais Técnicos; nº 174**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de atenção à saúde dos povos indígenas. 2002

BRASIL. Portaria nº 1.459, DE 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet]. **Diário Oficial da União**. 2011.

CAMPOS, Crislene de Oliveira; CAMPOS, Crislane Oliveira. Abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis gestacional e congênita: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. 376 - 396 2020.

DELBEN, Thainara Victória Tondorf; VIANA, Tiago Rodrigues. Sífilis: Características e nova abordagem. Saúde & Conhecimento. **Jornal de Medicina Univag**, v. 1, 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 766-774, 2014.

FERRI, Erika Kaneta; GOMES, Ana Maria. Doenças sexualmente transmissíveis e aids entre indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul de 2001 a 2005. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 47, p. 7-12, 2011.

FIGUEIREDO, D.C.M.M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

FREITAS, Francisca Lidiane Sampaio et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n.1, p.1-15, 2021.

GARNELO, Luiza et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1-13, 2019.

GRAEFF, Samara Vilas-Bôas et al. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV e da aids entre povos indígenas. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.

HAMMANN, Edgar Merchán; LAGUARDIA, Josué. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 3, p. 211-219, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Rio de Janeiro: IBGE**; 2010.

LANGDON, Esther Jean. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 7-9, 2007.

LASAGABASTER, Mainer Arando; GUERRA, Luis Otero. Sífilis. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 37, n. 6, p. 398-404, 2019.

LEVINSON, Warren. Microbiologia Médica e Imunológica. **São Paulo: AMGH**, 13. ed. p. 196 - 203, 2016.

LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, p. 647-652, 2001.

NARCHI, Nádia Zanon. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo-Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 266-273, 2010.

LOZANO-MASDEMONT, Belén; ÚBEDA-ROMERO, A.; POLIMÓN-OLABARRIETA, I. Sífilis secundaria hiperpigmentada. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 112, p. 20, 2021.

MENDES, Ana Paula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-6, 2018.

MORAES, Bruno Quintela Souza de; CORREIA, Daniel Martins; MACHADO, Michael Ferreira. Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018. **Salud UIS**, v. 54, 2022.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 170-78, 2018.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis ofertadas à população indígena. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

QUIRINO, Karlos Haryel Batista da Silva et al. Sífilis gestacional: um estudo epidemiológico no Nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. 1-9, 2021.

SANTANA, Manoel Vitório Souza et al. Sífilis gestacional na Atenção Básica. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 2, p. 403-419.

SOUZA, Camila Rossana de Oliveira et al. Desafios para o controle da sífilis Congênita no Brasil. **Revista Cereus**, v. 14, n. 2, p. 196-211, 2022.

SANTOS, Evelin Jaqueline Lima dos. **Avaliação do SINAN para casos de Sífilis em gestantes no município de Amambai MS no período de 2007 a 2010**. 2012. Tese de Doutorado.

SCHMEING, Lilian Mara Basilio. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

TAVARES, Luana Jaçanã Resende dos Santos et al. Sífilis em gestantes: análise epidemiológica e espacial em um estado na Amazônia. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e2699108605-e2699108605, 2020.

TIAGO, Zuleica da Silva et al. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 503-512, 2017.

CAPÍTULO VI

REFLETINDO O PRODUTO FINAL DO MESTRADO PROFISSIONAL ACERCA DO QUADRANTE DE PASTEUR

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-6

Rejane Eleuterio Ferreira
Cláudia Mara de Melo Tavares
Rafael Rodrigues Polakiewicz
Paula Isabella Marujo Nunes da Fonseca

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado Profissional é uma modalidade da pós-graduação *stricto sensu* voltada para a capacitação de profissionais, nos vários campos do conhecimento, através do estudo de técnicas, processos ou temáticas que atendam às demandas do mercado de trabalho (BRASIL, 2017). Fazendo parte da formação continuada, o mestrado profissional apresenta-se como um processo essencial para o enfrentamento dos desafios emergentes do seio laboral, social e pessoal, sendo importante aprimoramento da formação acadêmica e profissional, construindo soluções importantes para o mundo do trabalho (MARQUEZAN E SAVEGNAGO, 2020).

Esta modalidade de curso, a cada ano, vem confirmando sua adesão no contexto da pós-graduação traduzida pelo número crescente de programas, um aumento de 16% do ano de 2018 a 2022, passando de 741 cursos de mestrado profissional para 859, no Brasil (CABRAL et al, 2020).

Além da identidade dos programas profissionais, o trabalho de final de curso tem sido o principal desafio para as instituições que desenvolvem o mestrado profissional. Muitas vezes, a própria CAPES atrela a identidade acadêmica dos mestrados profissionais ao tipo de trabalho final, que deve ser apresentado pelos alunos, sendo descrita como produção técnica e tecnológica. A produção técnica e tecnológica é definida como aquela produzida por docente permanente e discente, não se caracteriza como produção científica, sendo reconhecida pelos processos de interação entre academia e sociedade, podendo ser expressa em diferentes formas de produtos e serviços, com possibilidade de transformação de processos (BRASIL, 2019). Contudo, esta modalidade de produto, no último ciclo de avaliação de programas da CAPES, também tem sido valorizada entre os itens de avaliação dos programas acadêmicos, contribuindo para aumentar a crise de identidade nos programas profissionais.

Diante disso, faz-se necessário refletir acerca dos conceitos de ciência e inovação tecnológica para se pensar os trabalhos finais de curso desenvolvidos nos programas de mestrado profissional, que não apresentam exclusivamente o caráter dissertativo. Para tanto, iremos nos valer da imagem conceitual “Quadrante de Pasteur”, desenvolvido por Donald Stokes (2005). Assim, espera-se com essa reflexão fortalecer a identidade do mestrado profissional e discutir o produto final desenvolvido, com bases em metodologias da inovação e tecnologia.

2. A CONSTRUÇÃO DO QUADRANTE DE PASTEUR E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA CIÊNCIA INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

Após o término da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos e outros países utilizaram a perspectiva de Vannevar Bush para realizar investimentos em pesquisas científicas e se manterem competitivo na economia globalizada. No entanto, a perspectiva de Bush sobre a ciência era bastante contraditória, e essa contradição inspirou Donald E. Stokes a criar o Quadrante de Pasteur.

Bush entendia existir uma dicotomia entre ciência básica e ciência aplicada e afirmava que a pesquisa aplicada, invariavelmente, expulsa a pesquisa pura, se as duas forem misturadas. O termo “pesquisa básica” foi criado por Bush e é definido como “pesquisa realizada sem se pensar em fins práticos, pois a ‘criatividade’ da ciência básica seria perdida, caso fosse constrangida por um pensamento prematuro sobre sua utilidade prática”. A característica definidora da pesquisa básica reside na sua contribuição ao conhecimento em geral e ao entendimento da natureza e de suas leis. Para ele, a pesquisa básica seria a “precursora do progresso tecnológico”, e essa visão tornou-se o alicerce da política científica nacional para as décadas posteriores à guerra (ZUCATTO; FREITAS; MARZZONI, 2020).

Entretanto, a promessa da ciência pura como geradora remota mais poderosa sobre a tecnologia do futuro não foi suficiente para abrir os cofres federais. Fez-se necessário um desafio soviético para proporcionar à comunidade de políticas uma compreensão melhor da serventia da pesquisa básica. O pacto entre a ciência e o governo só foi selado 12 anos após a Segunda Guerra Mundial, com o lançamento do Sputnik e após a publicação de *Science the Endless Frontier* (BRASIL, 2009).

No entanto, esse paradigma não solucionou uma série de questões políticas que requerem uma clara visão dos objetivos da pesquisa científica e da relação entre as descobertas científicas e a melhoria tecnológica, um problema maior nos dias de hoje do que à época do pós-guerra. Com isso, uma série de dúvidas a esse respeito surgiu em todos os principais países industrializados. Muitos países com uma experiência diferente no pós-guerra buscaram uma

relação mais complexa entre o entendimento e uso. Com apoio da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os países relatam suas atividades científicas e tecnológicas (STOKES, 2005).

Stokes, então, desafia a visão de Bush e sustenta que só conseguiremos restabelecer o relacionamento entre o governo e a comunidade científica quando compreendermos o que está errado com a visão citada. Para Stokes, precisamos de uma visão mais realista do relacionamento entre a ciência básica e a inovação tecnológica para podermos entender seu papel em um sistema político democrático e estruturar políticas científicas e tecnológicas para um novo século (STOKES, 2005).

Para autor, os estudos que impulsionaram a carreira científica do químico Louis Pasteur no século XIX são relevantes exemplos que contextualizam a evidência de um erro no paradigma de Bush, ao qual ele utiliza para desenvolver e fundamentar uma nova perspectiva política, científica e tecnológica (MATOS, 2017). Segundo ele, era incontestável que Pasteur buscava um entendimento fundamental dos processos de doença e de outros processos microbiológicos que ia descobrindo, à medida que se movia pelos estudos sucessivos de sua notável carreira. Assim, como não existem dúvidas de que ele buscava tal entendimento para alcançar os objetivos aplicados de prevenir a deterioração da produção de vinagre, cerveja, vinho e leite, e de vencer a *flacherie* na bicho-da-seda, o antraz no gado ovino e bovino, a cólera no frango, e a raiva em animais e seres humanos, apesar de essa mistura de objetivos não ser visível para Pasteur (STOKES, 2005).

Com base na influência da pesquisa de Pasteur nos dois objetivos (entendimento e uso), Stokes retoma o espectro da dicotomia entre pesquisa básica e aplicada, buscando identificar o lugar em que deveria ser colocado o trabalho da maturidade de Pasteur, porém não consegue encontrar (MATOS, 2017). Para autor, existem muitos graus de comprometimentos com esses dois objetivos (entendimento e uso) e não há a mínima razão para se pensar nessas dimensões, exceto em termos dicotômicos. Sendo assim, segundo o pesquisador, fica claro que temos não uma, mas duas dicotomias. Essa dicotomia dual é exibida em tabela quadripartida em células ou quadrantes (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de quadrante da pesquisa científica

		Condições de uso?	
		Não	Sim
Busca de entendimento fundamental?	Sim	Pesquisa Básica Pura (Bohr)	Pesquisa Básica Inspirada pelo uso (Pasteur)
	Não		Pesquisa aplicada pura (Edison)

Fonte: STOKES, 2005, p. 118.

A célula superior à esquerda inclui a pesquisa básica, conduzida somente pela busca de entendimento, sem pensamento sobre utilização prática. Nomeada Quadrante de Bohr, visto que a procura de um modelo atômico por Niels Bohr foi claramente pura viagem de descobertas, independentemente da extensão em que suas ideias mais tarde refizeram o mundo. Esta categoria representa a ideia de pesquisa dos filósofos naturais e inclui os conceitos de pesquisa básica de Bush (STOKES, 2005).

A célula inferior à direita inclui a pesquisa guiada exclusivamente por objetivos aplicados, sem procurar por um entendimento mais geral dos fenômenos de um campo da ciência. Foi nomeada Quadrante de Edison, pois esse brilhante inventor dos sistemas de iluminação elétrica, comercialmente rentável, impediu que seus colaboradores em Menlo Park, o primeiro laboratório de pesquisa industrial dos Estados Unidos, perseguissem as implicações científicas mais profundas de suas descobertas (STOKES, 2005).

A célula superior à direita contempla os dois objetivos, a saber: entendimento e usos, sendo nomeado como Quadrante de Pasteur, em vista do claro exemplo de combinação desses objetivos, completamente alheia à estrutura conceitual do relatório de Bush. É aqui que temos o conceito postulado de Pasteur (STOKES, 2005).

O quadrante inferior à esquerda inclui a pesquisa que não é inspirada pelo objetivo de entendimento nem pelo de uso. O quadrante citado representa a existência de duas dimensões conceituais e não apenas uma versão mais elegante do espectro pesquisa básica-aplicada tradicional. Para o autor, tal quadrante valida a estrutura como um todo, incluindo todas as pesquisas que exploram sistematicamente fenômenos particulares, sem ter em vista nem objetivos explanatórios gerais nem qualquer utilização prática a qual se destinem seus resultados. Esse tipo de pesquisa pode ser impulsionado pela curiosidade do investigador sobre

fatos particulares, do mesmo modo como a pesquisa do Quadrante de Bohr é dirigida pela curiosidade do cientista sobre matérias mais gerais (STOKES, 2005).

Pensou-se em nomear esta célula de Quadrante de Peterson, visto que os observadores de pássaros poderiam se sentir agradecidos com a pesquisa altamente sistemática sobre as características físicas e as áreas de incidências das espécies que aparecem no *Peterson's Guide to the Bird of North America*, porém Stokes optou por deixar esse quadrante sem nome, por achar o exemplo de Peterson limitado demais para garantir-lhe nomenclatura no quadrante (STOKES, 2005).

A estrutura do quadrante foi testada a partir da análise dos anais de pesquisa. Foi realizada por Comroe e Dripps, que descreveram o percurso do desenvolvimento nas ciências físicas e biológicas condutoras dos mais importantes progressos recentes no diagnóstico, prevenção, tratamento e cura de doenças pulmonares e cardiovasculares (BRASIL, 2009).

Os achados de seu meticuloso método ilustram como as trajetórias entre as descobertas científicas e as novas tecnologias são variadas, não lineares e desigualmente percorridas. Inicia-se em 1846 com a anestesia. Cem anos depois, com a cirurgia torácica e, em 108 anos, com a primeira cirurgia bem-sucedida de coração aberto (BRASIL, 2009).

Os japoneses se esforçaram, ao longo de várias décadas, para desenvolver um processo de previsão de pesquisa que guiasse seus investimentos em pesquisa e desenvolvimento, com base no Quadrante de Pasteur. Os exercícios de previsão periódica organizados por governos japoneses abarcam tanto a tecnologia como a ciência. Seu escopo é mundial. Nas décadas do pós-guerra, essa análise cuidadosa possibilitou aos japoneses adquirir uma grande quantidade de tecnologia de ponta, incluindo muitas tecnologias baseadas em ciência (STOKES, 2005).

Os japoneses desenvolveram um instrumento para conduzir essas previsões periódicas, que são acompanhadas por Conselho de Ciência e Tecnologia (CCT), presidido pelo primeiro-ministro e integrado por representantes de alto escalão dos principais ministérios que compõem o governo, da indústria e da comunidade científica (STOKES, 2005).

A criação da agenda é um processo interativo, que leva em conta informações sobre “sementes” de pesquisa e “necessidades” sociais em uma vasta gama de campos, junto à ciência e engenheiros trabalhando em laboratório e muitos outros informantes. Tem em conta também o levantamento, exercícios Delphi, seminários com especialistas e estudos especializados feitos por institutos de pesquisas. Durante o processo, é permitido aos informantes fazerem comentários sobre as descobertas preliminares (STOKES, 2005).

O processo apresentado tem exercido uma importante influência tanto na micro como na macroalocação de recursos para a pesquisa. No nível do varejo, encorajou as empresas a

reexaminar suas prioridades de pesquisa em face de um cenário de avaliação bem fundamentada sobre as promessas de pesquisa em várias subáreas de ciência, as exigências da economia e as necessidades não econômicas da sociedade. Em um nível mais global, permitiu às empresas privadas e às agências públicas repensar, diante dessa espécie de cenário, as decisões de grande escala sobre o apoio à pesquisa (STOKES, 2005).

Com esta obra, o autor, apesar de centrar todo o seu raciocínio no cenário do país mais rico e avançado tecnologicamente, os Estados Unidos da América, consegue também abarcar o grande leque de opções, alternativas e formatos que constituem o universo da pesquisa científica, não importando se o enfoque é de ciência pura ou aplicada, mas levando a discussão para o campo das múltiplas possibilidades que o tema evoca.

3. CONTRIBUIÇÃO DO QUADRANTE DE PASTEUR NA PRODUÇÃO DOS TRABALHOS DOS ALUNOS DO MESTRADO PROFISSIONAL

Os cursos de pós-graduação no Brasil originaram-se no modelo norte-americano, logo receberam forte influência de pesquisas de origem acadêmicas com objetivo de entendimento. As pesquisas com objetivo prático, visando ao desenvolvimento de tecnologia e inovação para o mercado de trabalho, ganharam espaço com a regulamentação do mestrado na modalidade profissional, 30 anos depois do surgimento do mestrado acadêmico. Contudo, a constituição do corpo docente dos programas se deu com professores que atuavam nos programas de mestrado e doutorado acadêmico, reforçando ainda mais essa influência acadêmica na maneira de realizar a pesquisa. Tal influência ainda é vista em muitos cursos de mestrado profissional que utilizam a dissertação acadêmica como o principal modelo de trabalho de conclusão do curso (FERREIRA; TAVARES, 2020).

O doutorado profissional aprovado pela Portaria nº 389, de 2017, conseqüentemente herda do mestrado profissional inseguranças e desafios oriundos dessa falta de clareza dos trabalhos finais e das produções técnicas e tecnológicas do curso atrelados às dificuldades de avaliar o impacto da implantação deles no campo prático.

Vale ressaltar que existe certa confusão entre o TCC dos discentes do mestrado profissional com produções técnicas e tecnológicas. O produto final de curso esperado implica na apresentação de um trabalho de investigação que envolva temas da área de atuação profissional do aluno, que é incentivado a propor novos caminhos e soluções para o problema investigado a partir das bases científicas, tecnológica e de inovação, e na formulação de novos produtos e serviços, cuja aplicação resulte em melhorias na saúde da população (FERREIRA; TAVARES, 2020).

Desta forma, a produção técnica e a tecnológica são subprodutos oriundos da investigação realizada. Estas, portanto, são construídas por expertises usadas para criar soluções transformadoras, na forma de produtos, processos ou serviços, possibilitando interação entre a academia e sociedade. O que diferencia uma da outra é que a produção, para ser considerada tecnológica, precisa ter um elevado nível de ineditismo, causando impacto que gere mudanças permanentes e de fácil replicabilidade em diferentes ambientes e grupos sociais. Assim, quando a produção não contempla esses aspectos, é definida como produção técnica (BRASIL, 2019).

Colocar novos conhecimentos em prática é um processo complexo e apenas o fato de criar um produto não é suficiente para mudar atitudes e comportamentos dos usuários e convencer gestores e decisores políticos. Isto depende do preparo técnico e da habilidade de quem vai usá-lo, de fatores organizacionais de suporte, do envolvimento contínuo dos potenciais usuários do conhecimento, das parcerias estabelecidas, do contexto institucional e da existência de mediadores do conhecimento (BEZERRA; FELISBERTO; COSTA; HARTZ, 2019).

No entanto, desenvolver produção tecnológica em um programa de mestrado autossustentável e autofinanciável é outro grande desafio. Para que empresas públicas e privadas invistam em pesquisas, é importante que o mestrado profissional desenvolva sua singularidade na realização da investigação, e que, somado a isso, incorpore formas de implantar os produtos, processos e serviços nos ambientes laborais, buscando instrumentos de avaliar o impacto. Cabe considerar que: “sua finalidade não é repetir soluções já existentes, mas sim propor uma solução nova, a partir de um embasamento teórico que ajudará a clarear o caminho para encontrar a resposta a um problema específico” (MARQUEZAN; SAVEGNAGO, 2020).

Neste sentido, desenvolver uma pesquisa utilizando uma perspectiva de translação do conhecimento pode ser uma boa alternativa, pois esta, abrangendo todas as etapas entre a criação do conhecimento e sua aplicação para produzir resultados benéficos para a sociedade, trata-se de “um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, proporcionar produtos e serviços de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde” (CIHR, 2014, p. 2). Alguns programas de mestrado profissional trazem a perspectiva de translação do conhecimento em suas propostas, contudo ainda não está muito evidente um modelo de translação do conhecimento adotado na elaboração das pesquisas (FERREIRA; TAVARES, 2021).

Stokes, quando desafia o relatório de Bush, que defendia a pesquisa básica como a única e poderosa geradora de progresso tecnológico, prova que é possível desenvolver tecnologia e

inovação com pesquisas puramente aplicáveis, conseguindo recursos financeiros e permitindo que as empresas privadas e as agências públicas repensem, diante dessa espécie de cenário, as decisões de grande escala sobre o apoio à pesquisa (STOKES, 2005).

Embora a pesquisa com os dois objetivos — entendimento e uso — seja adequada aos programas de mestrado profissional, pensando com Stokes, fica claro que é possível desenvolver investigações com objetivo unicamente aplicável e estar presente nas agendas de prioridades de pesquisa. No entanto, para que essa perspectiva avance no Brasil, é importante que os cursos de mestrado profissional, assim como o doutorado profissional, amadureçam essas ideias e busquem formas de desenvolver as investigações, utilizando metodologias adequadas que proporcionem a formulação de produtos de inovação tecnológica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos têm sido os esforços dos coordenadores dos programas de mestrado profissional para refletir acerca dos produtos oriundos dos cursos. Esses esforços precisam ser somados com o empenho da CAPES para garantir a identidade de cada modalidade de mestrado, valorizando a singularidade de cada programa, em especial o produto final. Isso porque tamanha influência acadêmica na construção das investigações desenvolvidas nos mestrados profissionais gera novos conhecimentos, mas não promove mudança, tampouco impacto.

O Quadrante de Pasteur apresentado por Stokes revela que pesquisas com objetivo puramente prático podem gerar inovações tecnológicas. Investir em pesquisas dessa natureza atende a proposta do mestrado profissional e reforça a identidade do programa. Contudo, faz-se necessário usar bases metodológicas específicas que contribuam na construção de produtos que gerem inovação e tecnologia.

Neste sentido, a translação do conhecimento surgiu nessa reflexão como uma forma de promover interação da academia com a sociedade, tendo em vista que a adesão de um modelo translacional durante a pesquisa possibilita a implantação das produções técnicas e tecnológicas nos serviços.

Espera-se, com essa reflexão, despertar novas discussões a respeito das produções oriundas dos mestrados profissionais e novas pesquisas, mostrando os avanços que alguns programas estão tendo sobre esses aspectos.

REFERÊNCIAS

BEZERRA L.C.A; FELISBERTO, E; COSTA, J.M.B.S; HARTZ Z. Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-

graduação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290112, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/view/43298/29848>

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria n. 389, de 23 de março de 2017. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação *stricto sensu***. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Mestrado Profissional: o que é?** (2017). Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/avaliacao-o-que-e/sobre-a-avaliacao-conceitos-processos-e-normas/mestrado-profissional-o-que-e>

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Produção Técnica (2019)**. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-PDF>

BRASIL M.T.L.R.F. Quadrante de Pasteur – A ciência básica e a inovação tecnológica de Donald E. Stokes. **Cadernos de História da Ciência** – Instituto Butantan – vol. V (2) jul-dez 2009.

CABRAL, T. L. O; SILVA, F. C.; PACHECO, A. S. V.; MELO, P. A. A Capes e suas Sete Décadas: trajetória da pós-graduação *stricto sensu* no Brasil. **Revista Brasileira de Pós-graduação-RBPG**, ISSN (on-line): 2358-2332. Brasília, v. 16, n. 36 (outubro de 2020). Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:INE6S-XdwlIJ:https://rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/download/1680/915/&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **More about knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition** [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 2015]. Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>

FERREIRA, R. E; TAVARES, C. M. M. (2020). Análise da produção tecnológica de três programas de mestrado profissional na área da Enfermagem. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, 28:e3276, 1-8. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3276.pdf. DOI: 10.1590/1518-8345.3916.3276.

FERREIRA, R.E.; TAVARES C.M.M. A perspectiva da translação do conhecimento nos programas de mestrado profissional na área da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, e07101119168, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19168>

MARQUEZAN, L.P. e SAVEGNAG C.L. O Mestrado Profissional no Contexto da Formação Continuada e o Impacto na Atuação dos Profissionais da Educação. **Rev. Inter. Educ. Sup.** Campinas, SP v. 6, p. 1-22, 2020.

MATOS, H. J. O quadrante de Pasteur e a pesquisa clínica: por um mundo melhor. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 8, n. 3, p. 7-8, set. 2017. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-

62232017000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2022.
<http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000300001>.

STOKES, D. **O Quadrante de Pasteur** - A ciência baseada e a inovação da tecnologia. Campinas SP: Editora UNICAMP; 2005.

Zucatto, L.C; Freitas, R.U.C; Marzzoni, D.N.S. Pesquisa básica e pesquisa aplicada: uma análise a partir da produção científica sobre COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e637911110179, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10179>

CAPÍTULO VII

PRODUÇÃO TÉCNICA VISANDO O PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM: A PESQUISA EM DESENHO DE PRODUTO EDUCACIONAL

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-7

Rosana Brandão Vilela
Angela Maria Canuto Mendonça
Jadenilse Silva de Lemos

1. INTRODUÇÃO

Era uma vez... Uma professora de um mestrado profissional em ensino na saúde, que foi convidada para uma atividade de acolhimento de uma nova turma. Nesse momento, teve oportunidade de conversar sobre as características do mestrado profissional (BRASIL, 2009; 2019a) e os objetivos desse curso, em especial, realçando a relevância de aliar a pesquisa e a produção de conhecimento com a possibilidade de intervir na sua prática, por processos e produtos educacionais (PE) (BRASIL, 2009; 2019a; 2019b). Ao final da fala da docente, a mestranda Joana fez a seguinte questão: como desenvolver pesquisa que consiga implementar mudanças, na prática profissional, através de intervenção, e que, simultaneamente, atenda ao prazo disponível para a conclusão do mestrado? Na busca de encontrar a resposta mais adequada para a questão, a docente recorreu a vários autores brasileiros e estrangeiros. Esse caminho percorrido será, aqui, compartilhado.

Na área de Ensino, nomeamos como produto de natureza educacional o resultado gerado a partir de uma atividade de pesquisa, com vistas a responder a uma pergunta ou a um problema, ou, ainda, a uma necessidade concreta associados ao campo de prática profissional, podendo ser um artefato real ou virtual, ou ainda, um processo (BRASIL, 2019b). Os PE desenvolvidos nos espaços dos MP não são imutáveis, estes produtos não estão totalmente prontos e/ou fechados (RIZZATTI et al., 2020). As diversas categorias de PE estão previstas em documentos da área de Ensino desde 2013 (BRASIL, 2013), reorganizadas conforme o Relatório do Grupo de Trabalho Produção Tecnológica da CAPES em 2019 (BRASIL, 2019c),

Por intervenção, chamamos a introdução de uma nova atividade planejada ou mudança organizacional (por exemplo, currículo, local de treinamento, horas de serviço) onde se prevê acontecer um impacto no ambiente de aprendizagem (GRUPPEN et al. 2018).

A investigação-ação é um termo genérico para definir toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática (TRIPP, 2005). Os seus vários tipos parecem responder muito bem aos propósitos de mudança da prática no ensino e na saúde, pois se caracterizam por um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. (CHEN E REEVES, 2020; OLIVEIRA, & ZAIDAN, 2018; ANDRE, 2017; PENTEADO & GARRIDO, 2010). O ponto importante é que o tipo de investigação-ação utilizado seja adequado aos objetivos, práticas, participantes e cenário (TRIPP, 2005)

Vários autores compartilham da opinião que a pesquisa que promove agentes de mudança é aquela que oportuniza a reflexão crítica da realidade onde estes se inserem (ANDRE & PRINCEPE, 2017; ANDRE, 2016; VILELA & BATISTA, 2016; FREIRE, 1984). Os princípios necessários à formação desse tipo de agente enfatizam a necessidade de envolvimento ativo do sujeito no processo de apropriação de conhecimentos, assim como a criação de coletivos colaborativos, que permitam a partilha de conhecimentos e a construção conjunta de novos conhecimentos (ANDRÉ, 2016). A pessoa que pesquisa, nesse caso, o/a mestrando/a, terá mais dificuldade em efetuar mudanças se não houver um coletivo favorável, com disposição para implementar novos processos e produtos, na prática profissional (SANTOS et al., 2019; VILELA, 2016).

Na busca de contribuir com a indagação da mestranda Joana e contando com o suporte da literatura, nos propomos a conversar sobre um determinado tipo de intervenção-ação, a *Educational design research*, traduzida aqui como Pesquisa em Desenho de Produto Educacional (PDE). Este tipo de pesquisa proporciona a colaboração, entre as partes interessadas, para desenvolver, simultaneamente, entendimentos teóricos e soluções práticas possíveis para desafios de ensino e aprendizagem (McKENNEY & REEVES, 2012; 2020).

2. A PESQUISA EM DESENHO DE PRODUTO EDUCACIONAL (PDE)

O artigo de Regehr (2010) sugere que procurar “a” resposta pode não ser tão recompensador quanto identificar e entender os resultados no contexto de uma determinada circunstância. Esta constatação surge como um chamado para investir na pesquisa que visa compreender a complexidade inerente a essas atividades de saúde. Aqui, o desafio não é resolver a tensão, a complexidade, mas aproveitá-la de maneira produtiva por meio de colaboração, negociação e compromisso com as mudanças, que, embora, muitas vezes desconfortáveis, possibilitem uma melhor repercussão do conhecimento e da intervenção (EVA, 2010; ENK & REGEHR, 2018).

Percebendo a demanda por um tipo de pesquisa, em ensino na saúde, que seja “orientada para a teoria e relevante para a aplicação, usando um para informar o outro” (EVA, 2010, p. 4), este capítulo apresenta a PDE não apenas como uma possibilidade de *“um modelo de pesquisa educacional eficaz, mas que também garanta que os/as discentes da área da saúde permaneçam aprendizes reflexivos ao longo da vida, capazes de manter e demonstrar competência contínua”* (WYSZOMIRSKA et al, 2022; CHEN & REEVES, 2020; MCKENNEY, S& REEVES, 2012; 2020).

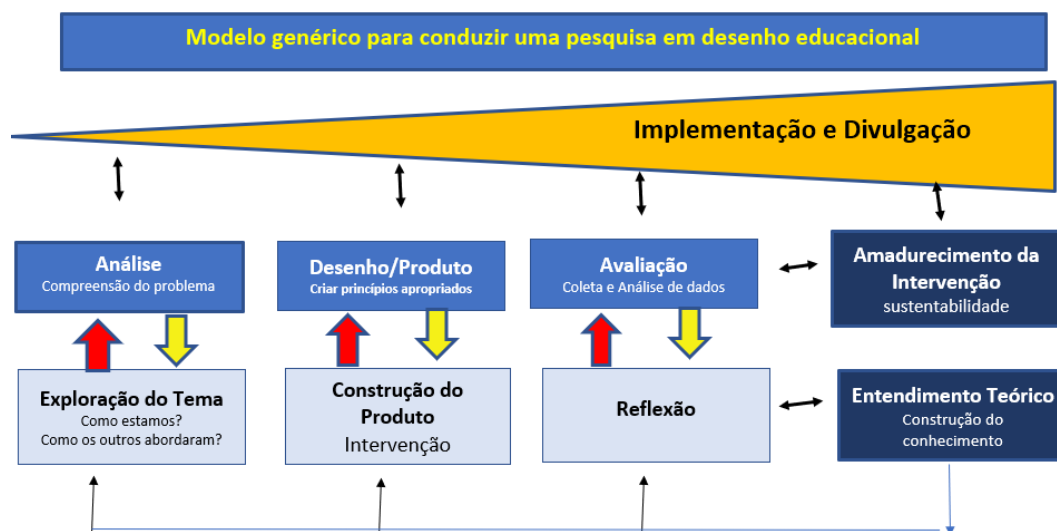
A PDE tem sido destaque em várias edições de revistas importantes na área educacional para profissionais de saúde. A abordagem tem se mostrado promissora para: desenvolver capacidades para trabalhar efetivamente em equipes de saúde cada vez mais fluidas; cultivar habilidades para se comunicar de maneira culturalmente competente com pacientes e outros profissionais de saúde; preparar os profissionais de saúde para a prática em um mundo cada vez mais complexo e digital; melhorar os protocolos de avaliação e práticas de devolutivas para promover a educação baseada em competências, e melhorar as habilidades de raciocínio clínico dos profissionais de saúde (CHEN & REEVES, 2020).

Nesse ponto do capítulo, apresentaremos o nosso entendimento e possibilidades da utilização da PDE, no MP, a partir da associação de publicações, como: o livro (2012) e o artigo (2020) de McKenney e Reeves, que visaram apresentar e incentivar o uso da PDE na pesquisa em educação médica, em uma ampla variedade de contextos geográficos e disciplinares; o artigo de Chen e Reeves, (2020) que trouxe uma proposta, contendo 12 passos, para a condução da PDE; o artigo de Rizzatti e col. (2020) apresentando uma proposta de validação dos PE, a partir do relatório do GT (Brasil, 2019b); e o guia sobre práticas reflexivas na pesquisa qualitativa, produzido por Olmos-Veja e col. (2022).

2.1. A CONDUÇÃO DA PDE

Na Figura 1, podemos observar que a PDE se desenvolve em três fases principais, e as setas entre elas indicam que o processo é iterativo e flexível (MCKENNEY & REEVES, 2012). Em todas as fases é possível haver construção do conhecimento com conseqüente produção científica e produção técnica (produtos, processos ou programas educacionais (CHEN & REEVES, 2020).

Figura 1 – Modelo genérico para condução de pesquisa em desenho educacional



Fonte: Adaptado de McKenney & Reeves, 2012, p. 77.

A primeira fase é o momento de *Análise e Exploração do Tema*. Essa fase envolve trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais para adquirir a compreensão de um problema educacional significativo e investigar como outros o abordaram. A pesquisa, nessa fase, pode se valer de abordagens quantitativas, qualitativas ou mistas (CHEN & REEVES, 2020; MCKENNEY & REEVES, 2020; 2012). Usaremos os resultados gerados a partir de uma pesquisa, muitas vezes descritiva, para realizar o desenho da intervenção que, na área de Ensino, chamamos de produto ou processo educacional (RIZZATTI et al. 2020).

Com base na pesquisa descritiva da fase anterior, passamos para a segunda fase: *Projeto e Construção*. Essa fase se concentra em identificar ou criar, coletivamente, princípios apropriados para desenvolver o modelo novo de intervenção ou aperfeiçoar o modelo após ser avaliado. A intervenção pode ser um novo plano educacional (por exemplo, material didático) ou processos aprimorados (por exemplo, estratégias pedagógicas inovadoras), programas (por exemplo, desenvolvimento do corpo docente), ou políticas (por exemplo, mudanças em locais de treinamento para residentes) (GRUPPEN et al. 2018).

No processo de construção da intervenção, McKenney e Reeves (2020) sugerem:

Sempre que possível, use habilidades de facilitação e diretrizes éticas para ajudar as partes a negociar prioridades. Ao fazê-lo, ajude a todos a ver que uma mudança profunda e duradoura requer especialmente o compromisso daqueles que irão implementá-la e sustentá-la diretamente (MCKENNEY E REEVES, 2020, p. 89).

Essa sugestão também foi observada em outros estudos que abordam a sustentabilidade da intervenção na área da saúde (SANTOS et al., 2012; VILELA & BATISTA, 2016). O compromisso parece se concretizar quando, de modo coletivo, nos indagamos: quais as

melhores práticas para o problema identificado? Por quê? Que princípios norteiam cada uma delas? Que princípios vamos adotar na nossa intervenção? Quais modelos se aproximam dos nossos princípios? Qual o modelo possível (viável) de ser aplicado, no momento? Quem mais pode colaborar na intervenção? Quem serão os responsáveis?

O modelo escolhido, a partir de então, deve incluir, no mínimo, três elementos-chave: objetivos de aprendizagem, materiais e atividades instrucionais e procedimentos de avaliação e devolutiva (CHEN & REEVES, 2020) que nortearão a execução da experiência. Este momento foi associado à prototipagem por Rizzatti e col. (2020), na qual é desenvolvida e, depois, testada a funcionalidade e/ou usabilidade do PE.

A terceira fase (*Avaliação e reflexão*) consiste em múltiplas iterações de coleta e análise de dados para testar a intervenção e realizar a revisão das implicações dos resultados. Este momento proporciona aprendizado e avaliação, que motivam e apoiam os participantes a aprender com a devolutiva sobre a intervenção, no seu local de prática (MCKENNEY & REEVES, 2020). Os resultados têm implicações na revisão da intervenção, bem como o desenvolvimento de iniciativas semelhantes. Associamos essa etapa ao processo de validação proposto por Ziggatti e col. (2020, p. 6), que consiste em:

[...] identificar evidências que permitam avaliar a adequação e a interpretação de resultados desse (produto/processo), a partir de critérios previamente estabelecidos. Essa coleta de evidências pode se dar a partir de instrumentos qualitativos e/ou quantitativos para avaliar a adequação da utilização, interpretação e resultados da sua aplicação.

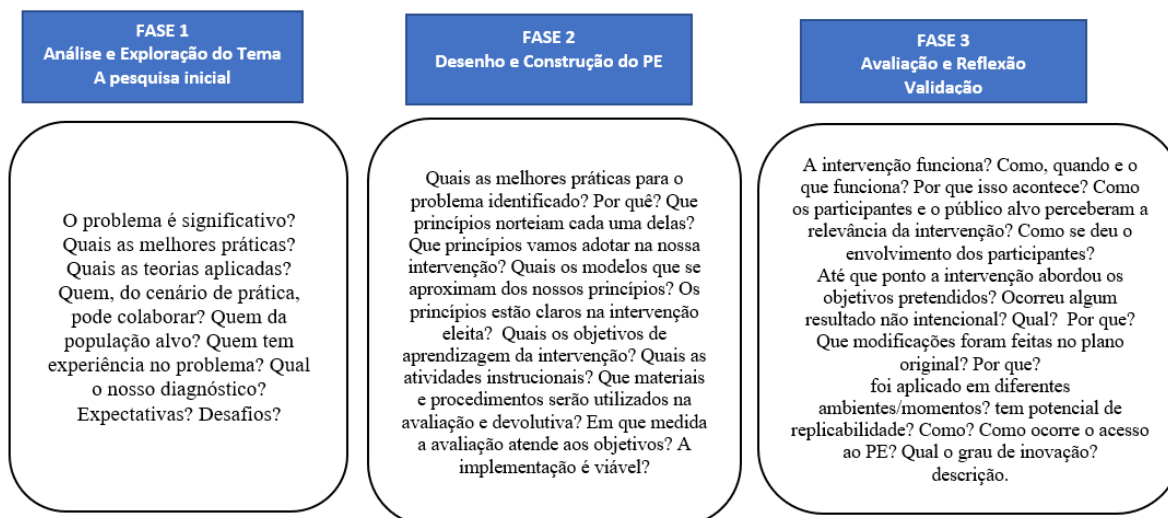
A reflexão sobre a prática profissional promovida pela pesquisa possibilita o desenvolvimento de indivíduos críticos e criativos (FREIRE, 1984; ANDRE & PRINCEPE, 2017; ANDRE, 2016; CHEN & REEVES, 2020). Nesse sentido, para Freire: “O de que se precisa é possibilitar, que, voltando-se sobre si mesma, através da reflexão sobre a prática, a curiosidade ingênua, percebendo-se como tal, se vá tornando crítica” (FREIRE, 2001, p. 43).

Olmos-Vega e col. (2022) ressaltam que a reflexividade é um conjunto de práticas contínuas, colaborativas e multifacetadas por meio das quais os pesquisadores criticam e avaliam conscientemente como sua subjetividade e contexto influenciam os processos de pesquisa. As indagações, a serem feitas nas diversas fases da PDE, possibilitam tanto o desenvolvimento de uma mentalidade reflexiva, como o avanço no conhecimento e a possibilidade de intervenções sustentáveis.

Na Figura 2, trazemos as perguntas realçadas para cada uma das etapas, a partir do modelo genérico da PDE (MCKENNEY & REEVES, 2012; 2020), dicas para a condução da PDE na pesquisa em educação médica (CHEN E REEVES, 2020), proposta de validação de PE

(RIZZATTI et al, 2020) e o guia de reflexividade na pesquisa qualitativa (OLMOS-VEGA et al., 2022).

Figura 2 – Sugestões de perguntas para cada uma das etapas



Fonte: Adaptado de McKenney e Reeves (2012; 2020), Chen e Reeves (2020), Rizzatti e col. (2020) e Olmos-Vega e col. (2022).

Vimos, então, que esse tipo de pesquisa, norteado por indagações adequadas a cada uma das fases, consegue criar dois cenários: um para a investigação científica, e outro, para a produção técnica, podendo ser: produtos educacionais (por exemplo, um material didático ou um modelo de intervenção), processos (por exemplo, estratégias inovadoras para apoiar a aprendizagem do aluno em cursos on-line), programas (por exemplo, desenvolvimento docente, promoção de bem-estar) ou políticas educacionais.

É essencial que os pesquisadores qualitativos considerem sua posição de modelo e utilizem práticas reflexivas para alinhar suas decisões em todas as etapas de sua pesquisa. As anotações de campo têm grande importância na pesquisa, principalmente, qualitativa, que depende de julgamentos sutis que exigem a reflexividade do pesquisador. Observações descritas nesse diário: percepções sobre o engajamento dos participantes; as discrepâncias observadas entre a implementação ideal e real do desenho da intervenção; o que faria diferente na próxima intervenção; a melhor forma de promover e divulgar a intervenção para outras pessoas, não devem ser ignoradas durante o processo de pesquisa (OLMOS-VEGA et al., 2022; CHEN & REEVES, 2020; REGEHR, 2010).

2.2. LIMITAÇÕES E DESAFIOS DA PDE NOS PROGRAMAS PROFISSIONAIS EM ENSINO NA SAÚDE

Cada abordagem de pesquisa tem suas limitações e a PDE não é diferente a respeito disso. Para McKenney e Reeves (2020), inicialmente, a PDE requer uma colaboração muito próxima entre pesquisadores e profissionais. Quando isso não for viável ou desejável, esse tipo de pesquisa deixa de ser uma opção praticável. Em segundo lugar, a PDE associa teoria, inovação e prática. Quando o desenvolvimento de um ou mais desses elementos não tem alta prioridade para o local de prática, a PDE provavelmente não será útil. A terceira limitação é o prazo, como se concentra em criar mudanças produtivas e sustentáveis na prática, a PDE requer tempo (meses ou anos). A última, segundo os autores, refere-se às características do pesquisador para desenvolver uma experiência desafiadora, como a PDE. Aqui, a função do investigador é tipicamente multifacetada, incluindo as responsabilidades de: consultor, desenhista/projetista de PE e pesquisador. Nesse sentido, McKenney e Brand-Gruwel (2018) discutem as competências fundamentais para atender a esses papéis da pesquisa educacional em geral, chamando a atenção para empatia, gerenciamento, flexibilidade e competência social para responder as diversas fases da PDE.

A última limitação é um desafio muito atual para o MP, na área de ensino na saúde. Sabemos que a formação do pesquisador voltado para prática não deve se esgotar em uma única atividade, por exemplo, a disciplina de metodologia de pesquisa. Em parte desses programas, esta disciplina ainda vem sendo guiada pela perspectiva do modelo acadêmico tradicional, e não atende a investigação e inovação de produtos e processos educacionais. Autores sustentam a necessidade instigar saberes que vão além do domínio técnico da investigação, como: capacidade de iniciativa e de criação, de argumentação, da mobilização de pessoas para empreender a inovação, da gestão e realização de trabalhos coletivos e de gerenciamento de projetos, ou seja, a necessidade de uma formação mais holística do pesquisador (SANTOS, HORTALE E AROUCA, 2012; VILELA & BATISTA, 2016; OLIVEIRA & Z AidAN, 2018; SANTOS et al., 2019; OLMOS-VEJA et al., 2022).

Outro desafio que necessita de reflexão e ação é a resistência dos MP de acolher, como orientadores, pessoas com notável experiência e produção técnica educacional. Ou seja, permitir a inserção de profissionais que, mesmo sem diplomas de doutor, se destacam na criação de PE e pela excelência na atuação em políticas públicas. Pessoas com experiências fundamentais para orientação e avaliação de produção técnica dos programas (VILELA, 2016; OLIVEIRA & Z AidAN, 2018).

Por fim, torna-se necessário fazer circular e dar visibilidade às produções advindas da pesquisa sobre a prática profissional (OLIVEIRA & ZAIDAN, 2018; CHEN & REEVES, 2020). Sobre o assunto, Oliveira e Zaidan (2018) chamam a atenção da pequena demanda pela produção técnica dos MP nos repositórios digitais das universidades, das secretarias e de organismos federais, como EduCapes. Este alcance limitado da produção técnica interfere no reconhecimento dos MP como local pouco relevante de produção de conhecimento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mestrado profissional visa intervir na prática do mestrando, aliando a produção técnica com a produção de conhecimento, através da pesquisa. Uma das preocupações do discente nos programas profissionais em Ensino na Saúde é a escolha de um gênero de pesquisa adequada para a implementação de mudança da prática, e que atenda ao prazo para a conclusão do mestrado.

O que defendemos aqui é que a PDE é uma modalidade de pesquisa muito apropriada quando o intento for o desenvolvimento de soluções para problemas da prática, e fornecer, simultaneamente, um cenário profícuo para a produção científica. Na PDE, pesquisadores e profissionais colaboram para analisar os problemas que estão sendo enfrentados, fundamentados nos quadros teóricos pertinentes às temáticas e, assim, desenvolver e refinar soluções, acompanhadas pela avaliação, do tipo formativa, ao longo desse caminho.

Nesse capítulo, tomando como apoio parte da literatura sobre a PDE e PE, apresentamos a condução, limites e desafios desse tipo de pesquisa. Acreditamos que o sucesso dessa experiência tem uma potente associação com um planejamento cuidadoso, uma mentalidade reflexiva e responsiva, e o trabalho em equipe durante a implementação. Portanto, consideramos que investir nessas competências, bem como na divulgação da produção técnica, são elementos cruciais para os MP que visam contribuir de modo qualificado e contextualizado para a melhoria do Ensino na Saúde alagoano e brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. A formação do pesquisador da prática pedagógica. **Plurais Revista Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, 2016.

ANDRÉ, M. Mestrado profissional e mestrado acadêmico: aproximações e diferenças. **Revista Diálogo Educacional**, v. 17, n. 53, p. 823-841, 2017.

ANDRÉ, M.; PRINCEPE, L. O lugar da pesquisa no Mestrado Profissional em Educação. **Educar em Revista**, p. 103-117, 2017.

- BRASIL. Ministério de Educação. Portaria Normativa n. 17 de 28 de dezembro de 2009.
- BRASIL, CAPES. Documento de Área – Ensino, Brasília, 2013.
- BRASIL, CAPES. Documento de Área – Ensino. Brasília, 2019b.
- BRASIL, CAPES. Grupo de trabalho Produção Técnica. Brasília, 2019c.
- BRASIL, CAPES. Portaria nº 60, de 20 de março de 2019. Dispõe sobre o mestrado e doutorado profissionais, no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Diário Oficial da União. 2019^a
- CHEN W & REEVES, TC. Twelve tips for conducting educational design research in medical education, **Medical Teacher**, 42:9, 980-986, 2020.
- ENK, A., & REGEHR, G. HPE as a field: implications for the production of compelling knowledge. **Teaching and Learning in Medicine**, 30(3), 337-344, 2018.
- EVA, K. W. The value of paradoxical tensions in medical education research. **Medical education**, 1(44), 3-4, 2010.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. Petrópolis: Vozes, 1984
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- GRUPPEN, Larry D.; IRBY, David M.; DURNING, Steven J Interventions designed to improve the learning environment in the health professions: a scoping review. **MedEdPublish**, v. 7, n. 211, p. 211, 2018.
- MCKENNEY, S.; BRAND-GRUWEL, S. Roles and competencies of educational design researchers: One framework and seven guidelines. In: Spector JM, Lockee BB, Childress MD, eds. Learning, design, and technology, v. 41, p. 1-26, 2018.
- MCKENNEY, S., & REEVES, T. **Conducting Educational Design Research: What it is, How we do it, and Why**. London: Routledge. 2012.
- MCKENNEY, S., REEVES, T. C. Educational design research: portraying, conducting, and enhancing productive scholarship. **Medical Education**, v. 55, n. 1, p. 82-92, 2020.
- OLIVEIRA, B. J. de; ZAIDAN, S. A produção de conhecimento aplicado como foco dos mestrados profissionais. IN: GUIMARÃES, S.; GONÇALVES NETO, W. (organizadores). **Mestrado Profissional: implicações para a educação básica**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2018, p. 41-57.
- OLMOS-VEGA, F. M., STALMEIJER, R. E., VARPIO, L., & KAHLKE, R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. **Medical Teacher**, p. 1-11, 2022.
- PENTEADO, Heloísa Dupas e GARRIDO, Elisa (orgs.). **Pesquisa-ensino, a comunicação escolar na formação do professor**. São Paulo, Paulinas, 2010.

REGEHR, Glenn. It's NOT rocket science: rethinking our metaphors for research in health professions education. **Medical education**, v. 44, n. 1, p. 31-39, 2010.

RIZZATTI, I. M., MENDONÇA, A. P., MATTOS, F., RÔÇAS, G., DA SILVA, M. A. B. V., DE S CAVALCANTI, R. J., & DE OLIVEIRA, R. R. Os produtos e processos educacionais dos programas de pós-graduação profissionais: proposições de um grupo de colaboradores. **Actio: Docência em Ciências**, v. 5, n. 2, p. 1-17, 2020.

SANTOS, G. B; HORTALE, V. A; AROUCA, R. **Mestrado Profissional em Saúde Pública: caminhos e identidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SANTOS, G. B. D., HORTALE, V. A., SOUZA, K. M. D., & VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. Similaridades e diferenças entre o Mestrado Acadêmico e o Mestrado Profissional enquanto política pública de formação no campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 941-952, 2019.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, p. 443-466, 2005.

VILELA RQB. **Mestrado profissional em ensino na saúde**: subsídios para o aprimoramento dos programas [relatório científico e relatório de atividades, Pós-doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2016. 76p

VILELA, R.QB; BATISTA, N.A. Desafios e práticas para os mestrados profissionais em ensino na saúde. **Revista fórum identidades**, v. 10, n. 22, p. 159-172, 2016.

WYSZOMIRSKA, R.M.A.F; MOTA, R. G., LUCENA, K. D. T., & DOS SANTOS, A. A. Estratégia de Pesquisa Mista Integrada para design de ensino-aprendizagem on-line. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e51611730457-e51611730457, 2022.

CAPÍTULO VIII

RODA DE CONVERSA: DIALOGANDO A RESPEITO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-8

Cleson Oliveira de Moura
Marcelle Miranda da Silva
Kátia Fernanda Alves Moreira
Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes
Flávia da Costa Cardoso

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo nasce de uma trajetória de formação e atuação profissional que permitiu a aproximação com a temática da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004, 2014, 2018a; CECCIM, 2018; CECCIM; FEUERWERKER, 2004) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017), por meio de rodas de conversa que serão detalhadas ao longo do capítulo em tela.

O processo de formação profissional, que transitou entre as áreas da saúde e da educação, tendo início na graduação em odontologia, permitiu as primeiras aproximações com a saúde coletiva, e a formação pedagógica favoreceu os passos iniciais na educação; seguidas da especialização em saúde da família, no mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e no doutorado em Enfermagem, com a defesa da tese *Construindo Bases para Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família* (MOURA, 2021).

A trajetória profissional também permitiu e permite, ainda nos dias atuais, transitar entre saúde e educação. No serviço de saúde, esse trânsito se deve à atuação como coordenador de saúde bucal e cirurgião-dentista de uma equipe de saúde bucal na ESF e, na educação, merece destaque a atuação na Universidade Federal de Rondônia (UNIR), como professor do magistério superior do Departamento de Medicina, na área de educação e medicina social, e como professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), ministrando a disciplina “Educação na Saúde”, além da atuação como tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Essa caminhada, da qual participaram e participam os autores deste capítulo, que se inter-relacionam como docentes, docente e discente, orientador e orientando, permitiu elaborar constructos teóricos e reflexões que embasam as rodas de conversas, cujo objetivo é

dialogar a respeito de “Educação Permanente em Saúde e Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família”.

A promoção desse diálogo se justifica uma vez que a ESF vem sendo reafirmada como modelo prioritário para organizar o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2017), que deve ser a porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011, 2015; STARFIELD, 2002). Ademais, é preciso levar em conta o potencial que a EPS apresenta como proposta de formação profissional que visa qualificar a gestão do trabalho e a assistência à saúde (BRASIL, 2004, 2014, 2018a; CECCIM, 2018; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Há que se considerar que, embora haja uma política nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2014, 2018a) e normativas que preconizam a sua priorização por parte de gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2017), a EPS na ESF passa por processo de construção (MOURA, 2021).

O próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ainda passa por processo de consolidação como política pública de saúde e tem como uma das principais fortalezas a formação educacional dos profissionais que ocupam espaços de produção de práticas e políticas de saúde, permitindo recuperar as bases teóricas e as ideias do movimento da reforma sanitária (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CENÁRIO DA SAÚDE

A formação dos profissionais da saúde que atuam na APS vem sendo abordada no contexto internacional, visando à qualificação da assistência à saúde no Reino Unido (AHLUWALIA; HUGHES; ASHWORTH, 2019) e em países como Estados Unidos (BALDWIN, 2018), Canadá (KHENTI, 2017) e Espanha (MUNDET-TUDURI *et al.*, 2017).

No cenário nacional, a ordenação da formação de recursos humanos passou a ser competência do SUS, como atividade finalística, a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Desde então, várias iniciativas vêm sendo tomadas por parte do Ministério da Saúde, dentre elas a construção de uma política nacional de EPS, que vem sendo reafirmada e reavaliada ao longo dos anos (BRASIL, 2004, 2014, 2018a).

Como estratégia de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica do SUS, foram criados os polos de EPS, pensando na transformação dos pontos de atenção e gestão à saúde do SUS em uma rede escola, com participação dos atores envolvidos no denominado

quadrilátero da formação, sendo eles gestores e profissionais da saúde, profissionais formadores das instituições de ensino e agentes de controle social. Essa rede escola configura-se como um “esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino e aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005, p. 976).

Em 2005, foi criada a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS, que considerou a EPS uma ferramenta com potencial de promover a formação de profissionais críticos e reflexivos, bem como o diálogo entre a educação e a gestão do trabalho, oportunizando aos profissionais a reflexão e o gerenciamento do seu processo de trabalho e da sua carreira profissional (BRASIL, 2005).

A EPS está prevista na Política Nacional de Atenção Básica, que orienta que os gestores das três esferas de governo são responsáveis por fomentar a formação permanente junto aos profissionais, sendo a EPS atribuição comum daqueles que atuam nas equipes de saúde da família, como estratégia para melhor gerenciar o processo de trabalho, qualificar a assistência à saúde e, dessa forma, fortalecer a ESF (BRASIL, 2017).

A necessidade de dialogar a respeito de aspectos teóricos, conceituais e práticos da EPS, bem como sobre sua relação com a perspectiva dialógica de ensino e aprendizagem e a gestão do trabalho, mobilizando gestores, gerentes e profissionais da saúde, no âmbito do município de Porto Velho, surgiu a partir dos resultados de uma pesquisa de doutorado realizada no cenário da ESF da área urbana do município de Porto Velho:

A Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, é uma atividade de educação profissional em construção, que precisa avançar além da perspectiva da educação continuada, onde os diversos atores envolvidos na assistência e na gestão em saúde, a partir da compreensão do seu real significado, possam investir em planos e ações alinhadas com as práticas dialógicas de ensino-aprendizagem, com o objetivo de qualificar o processo de trabalho, a formação profissional e a assistência à saúde (MOURA, 2021, p. 123).

2.2. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CENÁRIO DA EDUCAÇÃO: EDUCAÇÃO DIALÓGICA E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

A EPS é uma proposta de formação profissional no próprio contexto do trabalho, abarcando cenários de gestão e assistência à Saúde e considerando as singularidades apresentadas em cada ambiente, reforçando que os profissionais devem problematizar o próprio processo de trabalho, de modo a reconhecer suas dificuldades e necessidades de aprendizagem profissional e de saúde da população, bem como buscar soluções para os problemas levantados, considerando a necessidade de construção de novos conhecimentos e

de novas maneiras de prestar o cuidado em saúde (BRASIL, 2004, 2014, 2018a; CECCIM, 2018; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma, a EPS visa à formação de profissionais com perfil crítico e reflexivo por meio de metodologias de ensino capazes de promover aprendizagem significativa (BRASIL, 2014). Nesse sentido, os educandos devem ser sujeitos do seu processo de formação, participando ativamente das atividades, que devem ser desenvolvidas a partir dos conhecimentos prévios e das reais necessidades de aprendizagem dos sujeitos, construindo novos conhecimentos, que se tornam significativos diante da oportunidade de observar sua aplicabilidade no seu contexto de vida (AGRA *et al.*, 2019), que, no caso da EPS, é o mundo do trabalho em saúde (BRASIL, 2004, 2014, 2018a).

A partir de então, é possível reconhecer a necessidade de entender que teorias e práticas de educação são diversas e que as práticas de saúde são influenciadas por essa diversidade teórica. Dentre elas, a Pedagogia Dialógica, proposta por Paulo Freire no contexto da sociedade do trabalho, vai ao encontro dos pressupostos educacionais da aprendizagem significativa (GHIRALDELLI Jr., 2000b). Dessa forma, apresento um quadro que sumariza a relação entre os pressupostos educacionais freireanos e a EPS

Quadro 1 – Relação entre os postulados teóricos educacionais de Paulo Freire e as bases conceituais e teóricas da Educação Permanente em Saúde

Postulados teóricos educacionais de Paulo Freire	Bases teóricas e conceituais da Educação Permanente em Saúde
Vivenciar o contexto no qual o educando está inserido; levantar problemas para entender as necessidades educacionais.	Práticas educativas desenvolvidas nas unidades de saúde, fazendo parte do cotidiano de atuação profissional, dando conta das necessidades emergentes a partir do levantamento de problemas do contexto do trabalho.
Problematização das questões levantadas inicialmente; discussão política dos problemas ou “conscientização dos problemas” e, a partir de então, a equipe de educandos deve buscar soluções para esses problemas.	Problematização do processo de trabalho em saúde e discussão com a equipe de trabalho, buscando gerenciar esse processo a partir do planejamento estratégico situacional em saúde, para, então, contemplar não só as necessidades de saúde da população como outros aspectos da gestão do trabalho em saúde.
Ações políticas que favoreçam a solução dos problemas.	Profissional com perfil crítico-reflexivo: comprometido com o trabalho, desenvolve práticas

Postulados teóricos educacionais de Paulo Freire	Bases teóricas e conceituais da Educação Permanente em Saúde
	assistenciais voltadas para o cuidado integral em saúde; é consciente da importância de articular ações que proporcionem melhorias para a sua atuação e valorização profissional, seja na busca de melhores condições de trabalho, de formação profissional e/ou de vínculos trabalhistas não precários.

Fonte: MOURA (2021). Adaptado de Ghiraldelli Jr. (2000a; 2000b); Freire (2010a; 2010b; 2011); Brasil (2004; 2014); Ceccim e Feuerweker (2004); Ceccim (2005).

3. METODOLOGIA

Visando atender aos objetivos propostos no capítulo em tela, decidiu-se promover rodas de conversa que permitissem dialogar a respeito da Educação Permanente em Saúde e da gestão do trabalho no contexto da ESF.

Para além de pensar a maneira como os participantes estarão organizados nas práticas educativas, em círculo ou em filas, a opção por essa metodologia justifica-se pela sua proximidade com os pressupostos educacionais freireanos que, por sua vez, conforme abordado anteriormente, coadunam com a proposta da Educação Permanente em Saúde.

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso (SAMPALHO et al., 2014, p. 1301).

As atividades de roda de conversa vêm acontecendo em parceria com a Divisão de Gestão de Educação Permanente em saúde (DGEP) da Secretaria Municipal de saúde de Porto Velho, como forma de devolutiva dos resultados da pesquisa de doutorado (MOURA, 2021), aos cenários da assistência e gestão da saúde, utilizados como campo de coleta de dados, cumprindo, dessa forma, um dos preceitos éticos das pesquisas realizadas com seres humanos na área da saúde (BRASIL, 2018b).

Para além do contexto da pesquisa, as rodas de conversa têm permitido reflexões sobre a Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Em eventos científicos como o “1º Simpósio de Atenção Primária à Saúde: desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual”, a participação na mesa redonda permitiu a reconstrução do material utilizado nas rodas de conversa que, por sua vez, originou o capítulo

do livro em tela, que compõe o e-book produzido a partir das mesas de discussão e trabalhos premiados apresentados no evento.

Os temas trabalhados nas rodas de conversa versam sobre aspectos teóricos e conceituais da EPS e sua relação com a gestão do trabalho; a prática da EPS no contexto da ESF; teorias educacionais dialógicas, bem como sobre a relação entre aprendizagem significativa, gestão do trabalho, qualificação da assistência à saúde e satisfação pessoal e profissional.

4. RESULTADOS

O primeiro movimento das rodas de conversa aconteceu em junho de 2021, quando, devido a um remanejamento profissional motivado pela reforma na Unidade de Saúde da Família Aponiã, passei a atuar, durante 4 meses, na Unidade de Saúde da Família Ronaldo Aragão, que foi um dos campos de coleta de dados da pesquisa de doutorado (MOURA, 2021). Na ocasião, fui procurado por duas integrantes do Núcleo Descentralizado de Educação Permanente em Saúde (NEP) daquela unidade, que relataram que, embora o NEP estivesse implantado, estavam enfrentando dificuldades para desenvolver as atividades. Cientes da pesquisa que eu havia realizado, solicitaram a minha colaboração.

Diante da demanda apresentada, comecei a planejar e conceber o material a ser trabalhado na atividade educativa, surgindo a ideia de propor reflexões com os profissionais da unidade de saúde, no formato de roda de conversa, que aconteceu no auditório da própria unidade de saúde, no dia 18 de junho de 2021, com a presença de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família e da unidade de saúde, bem como gerente e representante do DGEP, divididos nos turnos matutino e vespertino. No final de agosto de 2022, recebi o retorno do gerente da unidade de saúde, cujo relato dá conta de que o NEP está conseguindo desenvolver suas atividades.

As atividades realizadas diretamente com a DGEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho tiveram início em setembro de 2021, quando me foi apresentada a necessidade de realização de oficina com representantes dos futuros NEPs a serem implantados em unidades de Saúde da Família. Na oportunidade, planejamos a realização da oficina, na qual uma das atividades seria a roda de conversa, como forma de promover o alinhamento teórico, conceitual e prático da educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. A oficina aconteceu nos dias 26 e 27 de outubro de 2021, contando com a participação de gestores, gerentes das unidades de saúde e profissionais de saúde das zonas urbana e rural (terrestre e fluvial).

Nos dias 03 e 05 de outubro de 2022, foram realizadas quatro rodas de conversa, nos períodos matutino e vespertino, de modo que todos os profissionais das quatro equipes de Saúde da Família e demais funcionários da Unidade de Saúde da Família Pedacinho de Chão, que também foi campo de coleta de dados do trabalho de Moura (2021), participassem do movimento de implantação do NEP. Segundo relato dos profissionais, a roda de conversa permitiu refletir a respeito da importância da retomada das reuniões técnicas das equipes, a fim de que elas não ocorram somente em momentos pontuais e sem frequência definida. Participaram, como convidados, profissionais responsáveis pela implantação dos NEPs da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Rondônia (FHEMERON) e da Policlínica Oswaldo Cruz, ambas instituições da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia.

Foi programado, para os dias 26 e 27 de outubro de 2022, uma nova oficina para gerentes de NEPs das unidades de saúde, sendo a roda de conversa um dos momentos da oficina, assim como ocorreu na oficina realizada em 2021. O DGEP fez um levantamento das Unidades de Saúde da Família que ainda não contam com a presença de um coordenador de NEP, de modo a contemplar a participação de futuros novos coordenadores dessas unidades, bem como participação da atividade coordenadores de NEPs de unidades de Atenção Secundária em Saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e o Centro de Especialidades Médicas (CEM).

Ao ser convidado e indicado para participar da mesa redonda “Refletindo a Educação Permanente para profissionais da APS”, no âmbito do “1º Simpósio de Atenção Primária à Saúde: desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual”, no dia 23 de setembro de 2022, evento realizado na modalidade remota, usei apresentar o material no formato que denominamos de “roda de conversa virtual”, de modo a promover um espaço de reflexão e discussão entre os apresentadores e participantes do evento científico, que nos deram um retorno positivo em relação à atividade desenvolvida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “Roda de conversa: dialogando a respeito da Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família” tem sido uma ferramenta de reflexão a respeito da EPS no contexto da ESF, tendo em vista tanto o processo de formação dos gerentes dos Núcleos Descentralizados de Saúde da Família, quanto a implantação desses núcleos em unidades de Saúde da Família. Vislumbra-se a mesma perspectiva de diálogo na formação de futuros gerentes de NEPs em unidades de Atenção Secundária em Saúde.

A estratégia de roda de conversa foi escolhida pela sua proximidade com os referencias teóricos da Educação Permanente em Saúde e da pedagogia dialógica de Paulo Freire.

Por ser uma proposta metodológica que vai além da organização espacial dos participantes em uma atividade educativa, foi realizada uma roda de conversa virtual no “1º Simpósio de Atenção Primária à Saúde: Desafios da atenção, gestão e educação em saúde no Brasil atual”, que aconteceu no formato remoto, na mesa redonda “Refletindo a educação permanente para profissionais da APS”, contribuindo para o alcance dos objetivos propostos no evento científico.

Dessa forma, recomenda-se que a “Roda de conversa: dialogando a respeito da Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família” seja utilizada para promover reflexões a respeito da educação permanente em variados contextos da gestão e da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda *et al.* Analysis of the concept of Meaningful Learning in light of the Ausubel's Theory. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 248-255, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0691>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000100248&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

AHLUWALIA, Sanjiv; HUGHES, Elizabeth; ASHWORTH, Mark. In celebration of GP education. **Br J Gen Pract**, Londres, v. 69, n. 681, p.174-175, abr. 2019. DOI:10.3399/bjgp19X701921. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428469/pdf/bjgpapr-2019-69-681-174.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BALDWIN, Laura-Mae *et al.* Virtual Educational Outreach Intervention in Primary Care Based on the Principles of Academic Detailing. **J Contin Educ Prof.**, USA, v. 38, n. 4, p. 269-275, 2018. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000224. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443414/pdf/nihms-1018404.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL [Constituição 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp. Acesso em: 30 de set. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 04 de ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. Disponível em: https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/891/1/principios_diretrizes_gestao_trabalho_sus.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 24 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2019

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. DOI: [630/63010420](https://doi.org/10.1590/1413-8128200510040001). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>. Acesso em: 04 ago. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mai. 2020.

GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. **Filosofia da educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000a. ISBN: 85-7490-007-9.

GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. **Didática e teorias educacionais**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000b. ISBN: 85-7490-012-5.

KHENTI, Akwatu *et al.* Mental health and addictions capacity building for community health centres in Ontario. **Can Fam Physician**, Canadá, v. 63, n. 10; p. e416–e424, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638489/pdf/063e416.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília, DF: Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, 2011. il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 31 mar. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. il. ISBN: 978-85-8071-034-2. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, mai./ ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62/43>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MOURA, Cleson Oliveira. **Construindo bases para a educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família**. 2021. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

MUNDET-TUDURI, Xavier *et al.* Expectations and perceptions of primary healthcare professionals regarding their own continuous education in Catalonia (Spain): a qualitative study. **BMC Med Educ**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 212, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1061-6>. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-017-1061-6>. Acesso em: 17 abr. 2020.

SAMPAIO, Juliana *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [online], v. 18, suppl 2, p. 1299-1311, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 06 out. 2022.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. ISBN 85-87853-72-4.

CAPÍTULO IX

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM GESTÃO: ALGUNS APONTAMENTOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM RECIFE/PE

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-9

Túlio Romério Lopes Quirino
Thatiana Ferreira de Vasconcelos
Valderez Ribeiro de Andrade
Andreza Barkokebas Santos de Faria

1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Devido à construção de processos de mudança e a necessidade de implantar uma política voltada para a questão dos recursos humanos no SUS, foi instituído, no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propôs a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). A partir deste marco, estratégias e políticas têm sido implementadas nas esferas federal, estadual e municipal, com o propósito de adequar a formação e qualificação profissional às necessidades de saúde dispostas na sociedade.

Dentre as iniciativas existentes, a principal delas constitui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que traz como contribuição fundamental, o desenvolvimento do conceito pedagógico no setor saúde, de modo a efetuar relações orgânicas entre práticas de ensino e as ações e serviços de saúde, envolvendo a formação, a gestão, o desenvolvimento institucional e o controle social (BRASIL, 2009; BRITO et al, 2018). Mais que uma alternativa pedagógica, a EPS expressa uma orientação política, trazendo como marco conceitual uma compreensão da estreita relação entre trabalho e produção de saber. Isso porque o trabalho em saúde, no âmbito do SUS, traduz-se em uma incessante dinâmica geradora de aprendizagem e comprometida com a coletividade.

Assim, a EPS tem sua importância reconhecida para os processos de trabalho na saúde, e por isso constitui-se como uma política do Ministério da Saúde instituída pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, a qual foi substituída posteriormente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a partir da definição de novas diretrizes e estratégias para a sua implementação.

A EPS fortalece o SUS, tendo como objetivo principal a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se do método da problematização do cotidiano para nortear as discussões e o aprendizado. É o encontro entre a formação e o trabalho, em que “aprender” e “ensinar” incorporam-se ao cotidiano das equipes de saúde (MARANDOLA et al, 2009; LOPES et al, 2007). Ademais, reconhece o cotidiano como o lugar propício à inovação, à inventividade e à criatividade. É este o lócus de geração de novos modelos e práticas profissionais capazes de gerar novas formas de produzir saúde para sujeitos e coletivos, pautadas na cooperação, na diversidade, na integralidade e na participação social, princípios fundamentais para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2014).

Nestes termos, e tendo por base os nós críticos do dia a dia e o levantamento das necessidades específicas dos sujeitos que atuam no contexto do trabalho em saúde, a EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho ao propor que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da permanente reflexão e questionamento acerca do próprio processo de trabalho, e considera que suas necessidades de formação e desenvolvimento sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Dessa forma, a EPS está centrada na

valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na articulação com a atenção à saúde, no enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com estratégias de ensino contextualizadas, participativas e orientadas para a transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2007, p. 20).

A EPS baseia-se na aprendizagem significativa para o processo de trabalho e desenvolve-se a partir dos problemas da prática profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe. A reflexão sobre as questões do trabalho constitui estratégia fundamental às transformações deste, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Dessa forma, o trabalhador pode superar a formação normalmente constituída apenas por práticas tradicionais da saúde e consegue desenvolver um cuidado mais integral (MARANDOLA et al, 2009; CECCIM, 2005).

Dessa forma, a PNEPS (e abordagem paradigmática da EPS) constitui dispositivo fundamental para a transformação do sistema de saúde e recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde. Ela se propõe ao reordenamento das práticas profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes de saúde, por meio da abordagem dos problemas enfrentados no seu cotidiano (VENDRUSCOLO et al, 2015).

Importa destacar que o conjunto de transformações almejado pela PNEPS (nos serviços, nas práticas e na formação em saúde) não pode ser tomada apenas sob uma perspectiva técnica ou metodológica, pois não se trata apenas de mudar a topologia normativa que formata as práticas, mas de construir novas formas de se relacionar com o trabalho, com os processos, com os serviços e, fundamentalmente, com as pessoas.

Ao mesmo tempo, também precisa contribuir com a construção e incorporação de novas formas de ensinar e aprender, transformando os processos formativos e as práticas pedagógicas, sem perder de vista, ainda, a organização de modelos de atenção e as práticas de gestão. Expressa, portanto, a necessária articulação entre o sistema de saúde, em suas práticas de atenção e gestão, e as instituições formadoras, visando à construção de uma saúde de âmbito coletivo, que diga respeito aos seus usuários e que valorize os atores sociais que a constroem a partir do exercício do seu trabalho.

É a partir do reconhecimento do potencial transformador da EPS, bem como da importância do fortalecimento dos processos de formação e qualificação profissional para a consolidação do SUS, que este ensaio se desenvolve, o qual pretende apontar alguns caminhos percorridos pela gestão municipal em saúde, na cidade do Recife, Pernambuco, na condução local da EPS, não apenas como matriz pedagógica que tem guiado a proposição de iniciativas e a produção de práticas de educação na saúde para a qualificação de trabalhadores/as na rede local, mas especialmente como política fundamental para construir o sistema de saúde que almejamos. Assim, nas páginas a seguir, nos dedicaremos a apontar algumas iniciativas que temos desenvolvido na Secretaria de Saúde do Recife para consolidar a EPS, tomando-a como elemento *trans*-formador da saúde, e, conseqüentemente, como dispositivo de fortalecimento do trabalho em saúde, das práticas de cuidado e das pessoas que as produzem.

2. UM OLHAR SOBRE A EPS A PARTIR DA GESTÃO: A CONSTRUÇÃO DA ESCOLA DE SAÚDE DO RECIFE

O ponto de partida da reflexão aqui empreendida é o Artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, o qual atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Em concordância com a Carta Magna, esta competência é enfatizada na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990). O Artigo 27 desta Lei, ainda, reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população. Nestes termos, o SUS brasileiro passa a atuar como uma escola a partir do seu escopo ampliado de atribuições, que

inclui questões da educação na saúde, sendo estimulado o desenvolvimento de competências dos/as profissionais da saúde desde a gênese do SUS.

Em observância a esta compreensão, historicamente, a Prefeitura do Recife, por meio da sua Secretaria de Saúde, executa a PNEPS para profissionais de saúde, tendo em sua estrutura organizacional uma Secretaria Executiva voltada à gestão do trabalho e da educação na saúde (SEGTES Recife). Composto esta Secretaria Executiva, a Gerência Geral de Formação e Educação na Saúde (GFES) é o setor responsável por propor e buscar estratégias para a execução de ações voltadas ao desenvolvimento e qualificação dos/as profissionais de saúde, servidores/as públicos/as e gestores/as da Secretaria de Saúde, entre outras ações.

Cabe salientar que o Recife é uma grande e populosa cidade. Trata-se da capital do estado de Pernambuco e a sede de uma região metropolitana (RMR) que conta com outros 14 municípios. Dados do IBGE indicam que a RMR é 7^a mais populosa no país, sendo o Recife a 9^a cidade do Brasil em número de habitantes (IBGE, 2017). A estrutura de sua rede de saúde é formada por serviços básicos, especializados, conveniados e contratados. A organização territorial e gerencial desta rede é dividida em oito Distritos Sanitários, com distribuição populacional, social e de estrutura de serviços diversificadas, fruto das históricas condições de desigualdades na cidade.

Considerando a política e o modelo de atenção à saúde do Recife, a rede SUS no município é reconhecida como importante campo de aprendizagem e formação de estudantes e trabalhadores/as, sendo demandada e ocupada sistematicamente pelas instituições de ensino superior locais, em seus programas de graduação e pós-graduação, para atividades teóricas e vivências práticas. Não obstante, salienta-se a centralidade da Rede SUS Recife na oferta de campo de prática para diferentes Programas de Residência em Saúde, seja no âmbito da atenção em saúde, seja no campo da gestão.

Reconhecendo a dimensão desta rede, bem como os desafios relacionados à preparação de profissionais e à garantia da produção de práticas de cuidado que consigam sistematicamente responder às demandas e necessidades de sua diversa população, recentemente a SESAU Recife criou, por meio do Decreto nº 34.028, de 02 de outubro de 2020, a Escola de Saúde do Recife (ESR). Trata-se de uma unidade técnica de natureza pública, vinculada à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), e que desempenha suas ações em consonância às disposições organizativas da Secretaria de Saúde do Recife (SESAU Recife).

A ESR é dotada de autonomia pedagógica, e tem por finalidade promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos/as profissionais e

servidores/as públicos/as que atuam dentro do SUS, no município do Recife. Logo, volta-se à formação, desenvolvimento e aprimoramento profissional dos/as servidores/as públicos/as efetivos/as, comissionados/as, contratados/as e terceirizados/as, trabalhadores/as das organizações parceiras e dos membros/as dos conselhos de saúde, vinculados à Secretaria Municipal da Saúde, por meio do planejamento, desenvolvimento e execução de programas de educação na saúde.

É importante considerar que a Rede de Saúde do Recife constitui território extenso e potente à formação profissional, em níveis de graduação e pós-graduação, funcionando como uma Rede Escola ao contribuir com a formação de futuros/as profissionais de saúde e especialistas em diversas áreas, quando oferta vagas de estágios para estudantes e profissionais residentes. Logo, estes/as atores/atrizes também fazem parte do seu público-alvo, à medida que a SESAU Recife, por meio da ESR, mantém parceria com as Instituições de Ensino e outros entes formadores, visando à produção de conhecimentos e a oferta de processos formativos diversos para os/as trabalhadores/as de saúde.

A ESR constitui, portanto, um dispositivo político e pedagógico que reafirma o compromisso da Secretaria de Saúde do Recife com a formação e qualificação da sua rede de saúde, por meio da oferta de um canal permanente de educação para os/as profissionais de saúde que nela atuam. Além disso, está relacionada com o desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão, com a promoção da integração ensino-serviço-comunidade, com a possibilidade da utilização da Telessaúde, como suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial, e na oferta de formação em nível de Pós-Graduação na Modalidade Residência.

Isto posto, a ESR designa em seu horizonte o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a continuidade dos processos de cuidados e a promoção da integralidade em saúde, tendo, ainda, como prioridades estratégicas, a democratização das relações interprofissionais e a promoção de ações para a valorização dos/as trabalhadores/as do SUS, considerando-as como dimensões importantes à qualificação do cuidado ao usuário na rede local de saúde.

De tal modo, mediante suas competências, por meio da ESR, a SEGTES assume o fomento e implementação de várias iniciativas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, representadas por estratégias que visam fortalecer a formação, a qualificação e a regulação dos/as trabalhadores/as, em áreas consideradas críticas para a sustentabilidade do seu modelo de atenção à saúde, implantado a partir de um planejamento que acompanha, entre outros fatores, o crescimento e a qualificação da rede assistencial do município de Recife.

Dentre as competências e responsabilidades da SEGTES Recife, no âmbito da educação na saúde, encontram-se: a elaboração e proposição de políticas de formação e desenvolvimento

profissional para a área de saúde e o acompanhamento de sua execução, consoante a Política Nacional definida para SUS; o planejamento, organização, gestão e apoio às atividades relacionadas ao trabalho e à educação na saúde; o planejamento e a coordenação de ações destinadas a promover a participação dos/as trabalhadores de saúde do Recife na gestão dos serviços; a identificação das necessidades de capacitação; dentre outras.

A assunção de tais responsabilidades e a operacionalização dos processos de educação visando ao desenvolvimento profissional dos atores e atrizes da Rede de Saúde do Recife, perpassa por desafios importantes, dentre eles, o de planejar, executar e garantir a sustentabilidade de ações formativas que sejam atinentes às necessidades singulares destes/as trabalhadores/as, em seus diferentes locais de atuação. É a partir do reconhecimento deste desafio que se reforça a importância de consolidação e fortalecimento da ESR, enquanto dispositivo institucional de formação e educação voltado para os/as trabalhadores/as de saúde do município, o que se inscreve atualmente na agenda da gestão municipal, na qual se observam importantes investimentos.

Cabe considerar que a SESAU Recife entende que os processos educativos a serem desenvolvidos pela ESR devem ser baseados na EPS, como aposta pedagógica para construir as práticas de ensino-aprendizagem com vistas a reflexões no processo de trabalho. Essa opção pedagógica tem como objetivo o fortalecimento da educação como dimensão transversal do trabalho em saúde, a qual, ao passo que o transforma, dele emerge, promovendo novas modulações e conexões entre seus atores, processos e produtos.

Nesta direção, o referencial pedagógico desenvolvida na ESR tem como princípio teórico o vínculo ao pensamento do Patrono da Educação Brasileira, Paulo Freire. Este princípio aponta, como marco teórico e fonte epistemológica para o processo de ensino aprendizagem, a autonomia do sujeito e a troca de papéis entre docentes e discentes, promovendo o compartilhamento de saberes e a troca permanente de experiências e aprendizados.

Importante destacar que a ESR não é meramente um local para a realização de aulas, cursos e/ou eventos, mas um lugar em que o saber está em constante produção e transformação, conectado às necessidades que pulsam nos territórios sanitários do Recife em seus diversos espaços de produção do cuidado. Assim sendo, no processo de estruturação da ESR, temos buscado (e ensejamos ainda) aprimorar as ferramentas da EPS, pela promoção de debates atuais, por meio de ambientes de simulação, na formação de preceptores/as e fortalecimento da atividade de preceptoria, entre outras ações.

Neste contexto, a ESR visa tornar-se a referência local e regional na ordenação da formação dos/as trabalhadores/as para o SUS, de acordo com suas necessidades e perspectivas.

O objetivo primordial é oferecer ambiência e recursos técnico-pedagógicos adequados para o desenvolvimento de processos formativos tendo como base a EPS como a opção pedagógica. A concretização da Escola de Saúde do Recife (ESR) requer investimento em três dimensões:

1. No reconhecimento pelo/a servidor/a do município de que o processo educativo permanente e a formação do/a futuro/a servidor/a é atribuição própria deste/a como trabalhador/a de Saúde;
2. Na integração ensino-serviço, para consolidar a parceria efetiva, solidária e cooperada entre instituições, representações de trabalhadores/as e sociedade; e,
3. Na ambiência educacional, com o objetivo de oferecer espaços físico, virtual, social e interpessoal adequados.

A ESR, nestes pouco mais de dois anos de sua criação, mediante sua visão e missão institucionais, tem constituído sua atuação nos três eixos, expressando entre as suas finalidades: a promoção de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores/as públicos/as que atuam dentro do SUS no Município de Recife; a formação, o desenvolvimento e o aprimoramento do/a profissional da saúde, dos/as trabalhadores/as das organizações parceiras e dos/as membros/as dos conselhos de saúde, vinculados à Secretaria Municipal da Saúde; a orientação, através da formação, dos/as profissionais de saúde para o seu melhor desempenho e aperfeiçoamento profissional; e a perspectiva de contribuir significativamente para a qualidade da gestão do SUS no âmbito da Prefeitura do Município de Recife.

A ESR também tem contribuído no processo de formação de novos profissionais da saúde por meio da integração ensino-serviço, mantida com as instituições de ensino de nível médio, superior e pós-graduação, uma vez que, atualmente, a Rede de Saúde de Recife oferta milhares de vagas de estágio, para estudantes de 18 (dezoito) instituições de ensino superior, 14 (quatorze) de nível médio, para várias modalidades de vivência prática, além dos Programas de Residência em Saúde existentes no município, no estado e de outros estados.

Vale destacar que a ESR abriga e atua na coordenação de Programas de Residência em Saúde, próprios da SESAU Recife, os quais têm sua oferta com base nos princípios da educação voltada para a transformação da realidade, orientados por estratégias pedagógicas sustentadas na participação, no diálogo e na problematização da realidade, valorizando o uso de cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde, reconhecendo a atenção básica e a média complexidade como espaços privilegiados para formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional.

Outrossim, a partir da Rede de Parceiros, constituída pelas Instituições de Ensino Superior, a ESR organiza um programa com ações educacionais, por meio dos cursos de graduação e pós-graduação, para os/as trabalhadores/as de saúde da SESAU Recife. No âmbito das atividades educacionais, a ESR tem promovido ações para o desenvolvimento de profissionais e gestores/as de saúde que atuam no SUS, no município do Recife, atingindo cerca de 11,5 mil trabalhadores e, ainda, os/as 216 profissionais-residentes dos Programas de Residência em Saúde da SESAU Recife.

Em sua estrutura, a ESR conta ainda com um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), e dispõe de um portal online que integra e expressa suas principais ações educacionais, reunindo, portanto, um *campus* próprio, definido como um espaço fixo para reunir os diferentes programas e coordenações sob gestão imediata da GFES. Dessa forma, são ofertados cursos em formato EAD, de curta ou média duração, desenvolvidos no âmbito da SESAU Recife, em parceria com as políticas e programas de saúde, bem como por intermédio de parcerias com as Instituições de Ensino Superior.

Diante disto, podemos reafirmar o lugar da ESR não apenas como “espaço para a oferta de cursos”, mas como dispositivo que põe em constante operação a reflexão educacional e a dimensão pedagógica inerente ao trabalho em saúde. O que se expressa, ainda, em suas iniciativas singulares, a exemplo do seu AVA, com todas as suas potencialidades para a formação, bem como do Sistema de Cadastro de Projetos de Pesquisa e Extensão (SCPPE), que regula e apoia o processo de desenvolvimento de estudos e produção de conhecimentos na rede local de saúde, considerando que anualmente são solicitadas e fornecidas, em média, 240 cartas de anuência para realização de pesquisas científicas das mais variadas instituições e cursos, na Rede de Saúde de Recife.

Outrossim, pode-se destacar resultados importantes nas ações de educação na saúde desenvolvidas na rede local, a partir da criação da ESR. Se tomarmos como exemplo o período compreendido entre 2018 e 2021, contabilizamos a realização de cerca de 300 ações de educação na saúde para a rede local, as quais, em seu total, consolidam mais de 24 mil participações (24.068) de profissionais por toda a rede. Essas participações, distribuídas entre os anos de 2018 (4.967), 2019 (3.309), 2020 (4.332), 2021 (11.110), nos permitem destacar o incremento proporcionado pela ESR na promoção de espaços de aprendizagem e de qualificação profissional voltados aos/às trabalhadores/as da saúde do Recife, haja vista o salto observado entre os anos de 2020 e 2021 (no primeiro ano de existência da ESR).

Assim, a SEGTES Recife, por meio da GFES e da ESR, tem a concepção de que o SUS que presta assistência à população, é também um ente educacional, atuando na formação e

qualificação dos/as trabalhadores da saúde, sendo esta, a marca da Rede SUS-Escola, um ente educacional que atua ativamente na formação e qualificação do/a trabalhador/a de saúde, fortalecendo a sua carreira como servidor/a público/a e como cidadão/cidadã, bem como o espaço onde a assistência e o ensino aprendizagem em saúde se integram e se confundem, fazendo valer a concepção do SUS como aparelho formador por excelência da sua força de trabalho.

3. INDUÇÃO E *TRANS-FORMAÇÃO* EM/NA REDE: ALGUMAS APOSTAS NA GESTÃO DA EPS NO RECIFE

Como vimos, a SESAU Recife, por meio da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), vem articulando e promovendo processos de EPS com vistas a qualificar o processo de trabalho na rede municipal e promover melhorias na qualidade de vida da população. Para isso, vêm sendo estruturadas diversas ações, com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento das práticas profissionais, valorização e desenvolvimento dos trabalhadores/as de saúde, atendendo aos interesses das diferentes categorias e às necessidades de saúde locais, dentre as quais pode-se destacar a criação da Escola de Saúde do Recife.

Tais estratégias têm como objetivo fortalecer a EPS para o conjunto dos profissionais de saúde e das instâncias de controle social na saúde; construir relações entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, órgãos de controle social em saúde e os serviços de atenção à saúde; e consolidar a integração ensino-serviço-comunidade no município (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste contexto, é válido destacar investimentos da SESAU Recife, nos anos recentes, na implantação e implementação de outras iniciativas que reafirmam a EPS como ferramenta catalisadora de mudanças na produção da saúde em âmbito coletivo desde a gestão, tais como a implantação e expansão de Programas de Residência em Saúde (PRS), a criação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), a realização de Mostras de saúde, dentre outras. De fato, tais iniciativas são compreendidas como indutoras de *trans-formações* em/na rede, mobilizando atores e atrizes diversos/as que se implicam na construção de um SUS forte, integral e aberto à inovação.

3.1. OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE (PRS) DA SESAU RECIFE

No âmbito da interface ensino-serviço, a criação de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde constitui estratégia fundamental para a qualificação de profissionais da saúde. Os Programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde

adquirem protagonismo ao serem denominados e reconhecidos, pelo MS, como padrão “ouro” da pós-graduação *lato sensu* para a formação de especialistas (BRASIL, 2006).

As Residências são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo consideradas, em seu conjunto, um modelo de formação em serviço que busca qualificar os profissionais de saúde para atuarem de forma integral, interdisciplinar e em conformidade com as necessidades e realidades locais e regionais. Ademais, constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias com gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho em áreas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2012).

Em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) se destaca no Norte-Nordeste como polo formador de profissionais de saúde a partir de investimentos na ampliação da oferta de vagas, interiorização de cursos e implantação de novos programas (PERNAMBUCO, 2017). Atualmente, são ofertadas 931 vagas, em residências médicas, e 623 vagas, multiprofissionais ou em área profissional da saúde, por todo o estado. Apenas no ano de 2017, houve um investimento na ordem de 111 milhões de reais nestes programas, dos quais 66% foram oriundos de financiamento do tesouro estadual (CAVALCANTE et al, 2019)

O município do Recife tem corroborado esta tendência, assumindo seu papel constitucional a partir da sua Rede de Atenção e de Gestão do SUS, por meio da oferta de Programas de Residência em Saúde (RECIFE, 2014). Tais Programas integram a política municipal de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e se vinculam à diretriz institucional de transformar a SESAU Recife em um polo de referência à formação, apoio à pesquisa e produção de conhecimentos para estudantes, profissionais e pesquisadores no/do/para o SUS, tendo como importantes parceiros a SES/PE e os Ministérios da Saúde e da Educação, no financiamento de bolsas para os diversos programas fomentados (RECIFE, 2014; JORDÁN et al, 2019).

A aposta da SESAU Recife na criação e manutenção de PRS se deu pelo entendimento de que estes constituem mecanismos estratégicos para promover as mudanças necessárias a um modelo de sistema de saúde pautado na integralidade e no acesso universal. Princípios que requerem a manutenção constante de processos educativos que se desenvolvam *in loco*, no cotidiano do trabalho, e com efeitos permanentes. Assim, os PRS atuam como catalisadores das necessárias mudanças almejadas à construção de um SUS forte e resolutivo.

Até 2019, a SESAU Recife tinha 09 (nove) Programas de Residência em Saúde: Residência em Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar; Residência de Medicina de Família e Comunidade; Residência em Odontologia em Saúde Coletiva; Residência em

Enfermagem Obstétrica; Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde; Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial; Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva; Residência Multiprofissional em saúde da Família e Residência Médica em Psiquiatria. Com isso, eram disponibilizadas 93 vagas/ano, correspondendo à inserção de 192 profissionais-residentes (R1, R2 e R3) de diversas categorias na rede local de saúde.

Em 2020, foram instituídos 03 (três) novos programas de Residência Médica no Hospital da Mulher do Recife: Residência em Ginecologia e Obstetrícia; Residência Médica em Neonatologia e a Residência em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, tendo como objetivo desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas subespecialidades e nas diversas áreas de atuação, obedecendo aos preceitos da humanização e ética na assistência à saúde. Atualmente, outros dois programas estão em processo de criação, tendo como escopo a Saúde da Pessoa Idosa e, como campo de prática privilegiado, o Hospital Eduardo Campos da Pessoa Idosa (HECPI), dispositivo da rede municipal inaugurado no final do ano de 2020.

Dessa forma, é possível reconhecer que a existência de PRS próprios no contexto da gestão da Secretaria de Saúde do município constitui uma importante estratégia política que visa o incremento da formação e da qualificação profissional no/do sistema local de saúde (JORDÁN et al, 2019), o que nos permite reforçar o papel central concedido à educação na saúde pela SEGTES Recife.

3.2. OS NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)

A SEGTES, por meio da Escola de Saúde do Recife (ESR), tem fomentado a implantação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) no âmbito da estrutura organizativa da SESAU Recife. Os NEPS são importantes dispositivos de gestão que possibilitam o fortalecimento e consolidação da PNEPS no território municipal. Consistem em espaços estratégicos para a implementação de ações educativas em saúde e para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, possibilitando maior integração entre as práticas profissionais e as atividades formativas, no contexto do trabalho em saúde.

A implantação dos NEPS possibilita: (1) formar sujeitos críticos, reflexivos e propositivos no desenvolvimento das ações em saúde; (2) promover a dialogia e a integração entre ensino, serviço e comunidade; (3) transformar as formas de ensinar e aprender, tornando-as intrínsecas ao fazer profissional em saúde; (4) promover a colaboração e a coparticipação nos ambientes de trabalho; e (5) ensejar mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde junto aos usuários.

Deste modo, os NEPS atuam em três dimensões fundamentais: na qualificação dos trabalhadores da rede municipal e dos processos de trabalho em saúde, enfatizando a formação de sujeitos críticos, reflexivos e propositivos no desenvolvimento das ações em saúde; no fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, a partir da transformação das formas de ensinar e aprender, tornando-as intrínsecas ao fazer profissional em saúde; e na colaboração no desenvolvimento de pesquisas e outros processos de produção do conhecimento, promovendo a coparticipação de diferentes atores nos ambientes de trabalho.

Na estrutura da ESR, os NEPS fazem interface com as ações das Divisões de Educação na Saúde (DES) e de Formação Profissional (DFP), componentes da GFES, por meio da constituição de um colegiado gestor da EPS que possibilita, dentre outras ações, o fortalecimento da integração ensino-serviço, a efetiva abordagem das necessidades de qualificação e formação, bem como o alinhamento das iniciativas pedagógicas desenvolvidas pelos diferentes espaços descentralizados de formação componentes da Rede Escola SUS Recife, com ampla comunicação e mútua cooperação.

Dentre as competências dos NEPS-SUS Recife, podem ser citadas: planejar e executar ações de formação e educação na saúde no âmbito de sua competência; apoiar a ESR e a DES no tocante às ações de EPS e demais iniciativas, mantendo boa comunicação e integração entre os envolvidos; apoiar a DFP no desenvolvimento e fortalecimento da integração ensino-serviço; participar do planejamento e construção dos Planos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da SESAU Recife; propor e organizar cursos livres de atualização, para capacitação/qualificação do/no trabalho, em formatos e modalidades diversas; colaborar no desenvolvimento e execução de projetos de pesquisa e extensão propostos pelas instituições de ensino parceiras, de modo a qualificar os profissionais e auxiliar na produção de conhecimentos em saúde; dentre outras.

Pretende-se constituir 20 NEPS no cenário organizativo da SESAU Recife, contemplando, de forma capilarizada, as diferentes Secretarias Executivas, os Distritos Sanitários e as Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade componentes da rede local. Entre os anos de 2020 e 2022, foi ampliado o quantitativo de Núcleos existentes, passando de 01 (até 2019) para 12 NEPS implantados até julho de 2022.

A implantação dos Núcleos tem nos revelado a potência destes dispositivos em promover melhorias na gestão da EPS na rede local. Os resultados obtidos apontam para a melhoria nos processos de ensinar e aprender nos serviços de saúde, a promoção da dialogia e da integração entre ensino, serviço e comunidade, bem como a ampliação da colaboração e a

coparticipação dos profissionais nos processos de planejamento e desenvolvimento da educação permanente em seus ambientes de trabalho.

3.3. A MOSTRA INTEGRADA DE EXPERIÊNCIAS EM EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE

Com o intuito de dar visibilidade e promover a troca de experiências entre trabalhadores/as, gestores/as, estudantes e pesquisadores/as que atuam na Rede de Saúde do Recife, desde o ano de 2018, a SEGTES Recife tem promovido a Mostra Integrada de Experiências em Educação, Formação e Pesquisa em Saúde, a qual consiste em um dispositivo que fomenta a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e as práticas de cuidados à saúde.

O objetivo desta iniciativa é promover o intercâmbio de conhecimentos e o compartilhamento de experiências práticas no âmbito da atenção à saúde, por meio da oferta de espaços de discussão sobre a educação, a formação e a pesquisa em saúde no âmbito da Rede SUS Recife, em sua interface com a assistência, a vigilância, a gestão e a produção acadêmica em saúde, com vistas ao fortalecimento da EPS em âmbito municipal, contribuindo para a sua efetivação como aposta política à consolidação do SUS.

Já considerada um evento tradicional do calendário anual da SESAU Recife, a Mostra busca integrar diferentes iniciativas voltadas à formação e à educação na saúde, e, ao mesmo tempo, reconhecer as experiências desenvolvidas por diferentes atores que cotidianamente permeiam a rede local de saúde, tornando-a potente e com ampla capacidade resolutiva.

No período de 2018 a 2021, foram realizadas 04 (quatro) Mostras, que, em seu conjunto, possibilitaram a exposição de 517 experiências práticas e de pesquisa, e promoveram, ao menos, 55 espaços de debates e reflexões sobre o saber-fazer em saúde, reunindo mais de 1250 participantes. Tais números auxiliam a demonstrar a importância que esta iniciativa foi adquirindo ao longo dos anos, consistindo em mais um espaço privilegiado para induzir e manter a perspectiva da EPS em constante movimento.

4. REFLEXÕES FINAIS: HÁ AINDA MAIS A AVANÇAR!

Ao pretendermos lançar um breve olhar, singularizado, sobre o contexto da gestão da EPS em Recife, consideramos que, apesar de identificarmos inúmeros avanços na proposição e institucionalização de iniciativas de EPS na rede local, torna-se necessário, em conclusão a este texto, destacar alguns desafios ainda persistentes, os quais tangem, em especial, à sua dimensão político-pedagógica, o que pode ser situado em dois aspectos.

O primeiro se refere ao aspecto epistemológico-conceitual, ou seja, “em que consiste fazer educação na saúde?”. Disto depreendem-se tensões sobre o que cada ator social reconhece

como sendo os conceitos de educação e de saúde e, mesmo sobre as diferentes formas de articulá-los. Além, claro, do não reconhecimento de que cada um/a define tais conceitos com base em visões de homem e de mundo bastante singulares, e, logo, as formas de entender o processo educativo no âmbito da saúde findam múltiplos, tensionando e tangenciando diferentes noções, como se todas se referissem a uma mesma coisa. Tal variedade de compreensões, por sua vez, leva a uma atribuição de graus de importância diferentes e variáveis, entre os diferentes atores, situando a educação na saúde, por vezes, como recurso acessório ou menos importante na definição das ações/intervenções em saúde. O que precisa ser enfrentado institucionalmente, de forma programática, mas também intersubjetivamente, na transformação dos sujeitos e de suas relações.

O outro aspecto diz respeito à forma como os conhecimentos, habilidades e formas de trabalhar são tratadas no desenvolvimento do processo educativo. Ou seja, a perspectiva pedagógica subjacente às práticas de educação desenvolvidas junto aos/às trabalhadores/as. Afinal, será que elas são capazes de gerar as mudanças necessárias à resolução dos problemas identificado no sistema ou na situação de saúde da população? Será que elas têm o potencial para tocar naquilo que é mais significativo para este/a trabalhador/a no desenvolvimento do seu trabalho? E, mais importante, será que elas derivam da compreensão multifacetada dos problemas de saúde e suas determinações, reconhecendo a importância do fazer interprofissional colaborativo na definição das ações de qualificação do/no/pelo trabalho?

Diante deste complexo cenário, cuja produção de respostas não constitui tarefa simples, algumas possibilidades têm se apontado como horizontes à superação da fragmentação, com vistas à efetivação de uma Política de EPS no município que não seja apenas pautada em diretrizes da Política Nacional, mas que, em sua singularidade, tenha como referência o âmbito local, e que, a partir dela, Planos e Programações Anuais de EPS possam se desenvolver conectados às necessidades de saúde da população, tendo em vista seu alinhamento às especificidades dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes.

O primeiro passo nesta direção diz respeito ao reconhecimento do fazer coletivo, demonstrando a necessidade de normatização de comissões próprias de EPS, dentro a estrutura da secretaria de saúde. Assim, atualmente, temos trabalhado na implementação de NEPS, de forma descentralizada, considerando os diferentes setores desta secretaria, com vistas a garantir a capilaridade dos processos de planejamento, execução e monitoramento das atividades de EPS. Outro passo tem sido a consolidação da ESR, congregando diferentes processos de formação presenciais e à distância, com oferta permanente e espaço aberto para a proposição de cursos e articulação de parcerias com outras instituições de saúde e educação.

Ademais, outros processos em andamento têm nos sinalizado êxito nas ações, quando se pautam e se desenvolvem amparadas em processos de planejamento participativos e dialogados, como a gestão colegiada dos Programas de Residência em Saúde próprios da SESAU Recife, a participação e coordenação do município na Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço (CIES), os planejamentos realizados junto a setores como os NEPS instituídos, o coordenação de projetos do PET-Saúde, entre outras iniciativas.

Diante disto, reconhecemos que, apesar dos desafios, algumas iniciativas baseadas na EPS são postas à superação, e, embora não se constituam suficientes para a resolução integral das inúmeras problemáticas, certamente contribuem para a constante reflexão e transformação das práticas de saúde, seja no âmbito da atenção, da gestão, da educação, ou mesmo da produção de conhecimentos. Neste sentido, vale ratificarmos: mais que uma alternativa pedagógica, a adoção da EPS implica em uma escolha política, a partir da qual apostamos no seu potencial em gerar as mudanças necessárias no sistema de saúde local para qualificar o trabalho e a produção do cuidado ofertado à população recifense.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [S.l: s.n.], 2009.

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Resolução n. 2 SES/CNRMS, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de saúde. p. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional originalmente publicado no Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1988., v. 2016, p. 496, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080, 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. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação Permanente em Saúde** – Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília-DF: SGTES, Editora MS, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. [S.l: s.n.], 2006. v. 414. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRITO, FCKJ; FERREIRA, JS; GONÇALVES, CCM; TSUHA, DH. Educação Permanente em Saúde no contexto da Atenção Primária: estudo descritivo de uma região de saúde em Mato Grosso do Sul. **Rev. Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**. 2018 1(1): 19-27

CAVALCANTE, LM. et al. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: PERNAMBUCO. GOVERNO DO ESTADO. **Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco**: formação que se constrói em rede. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

CAVALHEIRO, MTP; GUIMARÃES, AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**. Volume 1. Dezembro, 2011.

CECCIM, RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, 10(4): 975-986, 2005.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. 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, 2004.

IBGE. **Censo Demográfico**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em: 03 de junho de 2020.

JORDÁN, APW. et al. Residências em saúde do Recife como estratégia indutora do processo de educação permanente em saúde. IN: PERNAMBUCO. GOVERNO DO ESTADO. **Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco**: formação que se constrói em rede. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

LOPES, SRS. et al. Potencialidades da educação permanente. **Com. Ciências Saúde**; 18(2): 147-155, 2007.

MARANDOLA, TR. et al. Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programas de Residências**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-gestao-do-trabalho-e-educacao-em-saude/programas-de-residencias>>. Acesso em: 29 set. 2018.

RECIFE. SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 1ª Ed. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife. Recife, 2014. 84p.

VENDRUSCOLO, C; ZOCHE, D; DUTRA, AT. Produção do Plano de Educação Permanente em Saúde: um relato de experiência no oeste catarinense. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015.

CAPÍTULO X

A (RE)ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19: UMA EXPERIENCIA DE ARAPIRACA, ALAGOAS

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-10

Lousanny Caires Rocha Melo
Evandro da Silva Melo Junior
Rafaella Souza Albuquerque
Laura Rossana Acioly de Carvalho Rios

1. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, agente causador de uma síndrome respiratória aguda grave, foi descoberto na cidade de Wuhan, em 31 de dezembro de 2019, sendo este o primeiro caso notificado no mundo (OPAS, 2020). Com um alto potencial de transmissão e sintomatologia variável, os casos podem ser classificados como leves a muito graves, os quais cursam com insuficiência respiratória. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o período de incubação pode variar de 0 a 14 dias e sua letalidade associa-se, principalmente, às condições clínicas (OPAS, 2020).

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da COVID-19 como pandemia. Desde então, o Brasil e o mundo têm enfrentado a mais importante crise sanitária dessa geração. Observando as experiências de enfrentamento à pandemia pelo mundo, constata-se que aqueles países que centraram a resposta à COVID-19 na atenção hospitalar tiveram seus sistemas de saúde rapidamente colapsados. Dessa forma, fica claro que, a exemplo do que aconteceu em outras epidemias no Brasil e no Mundo (Miller et al., 2018; Dunlop et al., 2020), o enfrentamento comunitário é uma potente estratégia de atuação frente a COVID-19. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde cumpre um papel fundamental em função das suas características (FERNANDEZ *et al.*, 2021)

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em fevereiro de 2020 e o primeiro óbito em março do mesmo ano. Segundo o Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2021), em janeiro de 2021, o Brasil ocupava a terceira posição entre os países com maior número de casos confirmados de COVID-19 e a segunda posição em número de óbitos, ao registrar 8.638.249 casos e 212.831 mortes causadas pela doença.

No estado de Alagoas, por sua vez, o primeiro caso confirmado do novo coronavírus foi notificado no mês de março na cidade de Maceió. No final do mês de julho, o número de casos confirmados ultrapassou o número de 62.770 em todo o estado. Em Arapiraca, o primeiro caso confirmado ocorreu em 18 de abril de 2020, e o primeiro óbito, em 3 de maio de 2020.

Desde a confirmação do primeiro caso da COVID-19 pelo Ministério da Saúde, percebeu-se um elevado movimento preocupado com a reorganização dos serviços de saúde de modo que pudessem garantir o atendimento à população de maneira segura para todos (trabalhadores da saúde e população) na tentativa de mitigar a morbimortalidade ocasionada pelo novo coronavírus.

O conceito da Atenção Básica, criado em 1994, era referência de cuidados de menor complexidade, considerando o nível de atenção. Porém, na atualidade, já há consenso sobre a relevância da complexidade envolvida nos cuidados fornecidos pelos profissionais de saúde desse nível de assistência. Independentemente do território em que o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) esteja, faz-se necessário que desenvolvam ações resolutivas tanto no âmbito individual quanto coletivo (MENDES, 2012).

Levando em consideração que a APS deve ser porta de entrada, ou seja, o primeiro contato do indivíduo para o acesso aos serviços de saúde, tanto no acolhimento como no cuidado dos usuários com síndromes gripais, considerando que cerca de 80% dos casos sintomáticos são tidos como leves (BRASIL, 2020), percebeu-se a necessidade da (re)organização dos serviços e das práticas profissionais na APS em tempos de pandemia.

É nesse contexto que, com uma cobertura de quase 100% por Estratégia de Saúde da Família, Arapiraca ganha destaque no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus pelo investimento na reorganização da Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento da integração desta com a Vigilância em Saúde, traduzindo-se em ações robustas de monitoramento, atenção à saúde, educação permanente e integração ensino-serviço que serão objetos desse relato de experiência.

2. MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre os desafios enfrentados pelo nível gestor central para a reorganização da APS e da rede de assistência à saúde no contexto do enfrentamento da pandemia da COVID-19, através da descrição das estratégias e ações adotadas, especificamente neste relato, pela Atenção Primária à Saúde de Arapiraca/AL sob a perspectiva da, na época, Assessora Técnica de Atenção Primária à Saúde e o coordenador de Monitoramento, Análise e Informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, autores no

presente artigo e membros do Comitê Municipal de Enfrentamento à COVID-19. Arapiraca está na região central de Alagoas, compreendendo parte do Agreste e situando-se a 137 km da capital Maceió. Por sua localização geográfica privilegiada, Arapiraca interliga as demais regiões geoeconômicas do estado. É um polo de abastecimento agropecuário, comercial, industrial e de serviços, atendendo as necessidades regionais, potencializando o desenvolvimento da região (ARAPIRACA, 2017).

Arapiraca é uma cidade com população estimada pelo IBGE, em 2021, de 234.309 habitantes, sendo o segundo maior município do estado em população, distribuídos em uma área de 345,655 Km² e uma densidade demográfica de 600,83 hab./km², segundo o censo de 2010. É sede da segunda macrorregião de saúde composta por 46 municípios e sede da 7ª Região de Saúde composta por 17 municípios. Com um IDHM de 0,649 é o terceiro no ranking dos municípios alagoanos. Com base nas informações do censo de 2010, a população segundo sexo, apresentava 52,39 da população do sexo feminino e 47,61% do sexo masculino. Com relação à zona de residência, a maioria da população se concentra na zona urbana, com 84,8%, e apenas 15,2% na zona rural. A faixa etária com maior percentual na base da pirâmide era a de 10 a 19 anos com 40,51% (21,11% nos homens e 19,40% nas mulheres), no corpo se apresentava na faixa etária de 20 a 29 anos com 37,20% (18,58% nos homens e 18,61% nas mulheres), e no topo da pirâmide a faixa etária era a de 60 a 69 anos com 10,56% (5,01% nos homens e 5,55% nas mulheres). A proporção de pessoas com renda inferior a meio salário-mínimo reduziu entre os anos de 2000 e 2010 de 73,9% para 54,0%, sendo que 9% da sua população são beneficiárias de planos privados de saúde.

A Rede Assistencial do município se organiza a partir da Atenção Primária à Saúde, através de 67 Equipes de Saúde da Família, com cobertura de 99,74%, em 2020, da população, 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e 50 Equipes de Saúde Bucal, 10 equipes Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 2 academias de saúde, prestando serviços de saúde primária em 40 Unidades Básicas de Saúde (ARAPIRACA, 2017).

O Conselho Municipal de Saúde tem funcionamento ativo, com estrutura própria, reuniões regulares, comissões permanentes. A participação dos usuários dispõe de 17 representantes dos 42 Conselhos Locais ligados as Unidades Básicas de Saúde e Especializadas, no exercício do controle social no SUS. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Arapiraca contava, ainda, em um primeiro momento, com quatro unidades hospitalares que ofertaram leitos clínicos e UTI para COVID-19 sob gerência do estado e uma Unidade Sentinela para atendimento à sintomáticos gripais.

Atento ao cenário nacional, Arapiraca editou o Decreto nº 2.623 no dia 17 de março de 2020. Neste decreto, além da suspensão de atividades não essenciais, foram estabelecidas medidas específicas, como a criação do comitê intersetorial de acompanhamento, controle e prevenção do coronavírus, sob coordenação da secretaria municipal de saúde, o qual instituiu a criação do comitê de enfrentamento à COVID-19, sendo constituído por profissionais das coordenações-gerais e áreas técnicas da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde

Foi lançado de forma antecipada à maioria dos municípios brasileiros, em 19 de março de 2020, o Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19), um documento norteador, revisto e atualizado sistematicamente em cinco versões, trazendo recomendações técnicas quanto à organização dos serviços e vigilância em saúde, objetivando atualizar, informar e orientar profissionais de saúde e de outros setores quanto aos aspectos epidemiológicos e medidas de prevenção e controle da doença (ARAPIRACA, 2021).

Quanto à questão temporal, o relato delimita-se à experiência profissional vivenciada entre os meses de fevereiro de 2020 até fevereiro de 2021.

3. DISCUSSÃO E RESULTADOS

A APS em sistemas universais de saúde configura-se como o primeiro ponto de contato para os pacientes e, em emergência sanitária, deve continuar a ser a principal forma de acesso aos serviços de saúde. A epidemia do novo coronavírus veio reforçar a importância da invenção criativa de novos modos de cuidados (FERNANDEZ *et al.*, 2021) de forma a assegurar a continuidade do cuidado pela Estratégia de Saúde da Família de maneira eficaz e segura.

Em Arapiraca, tem-se uma cobertura de mais de 99% da ESF, e foi devido a isso, a essa APS consolidada no município, que a potencializamos suas ações como papel central na resposta a pandemia. O contexto da pandemia da COVID-19 na APS implicou na adoção de medidas que garantissem os atendimentos das gestantes, crianças e idosos, bem como a vacinação, garantindo a continuidade da assistência de forma segura. Para isso, fez-se necessária a elaboração de protocolos, fluxogramas e notas técnicas que orientasse os trabalhadores e comunidade.

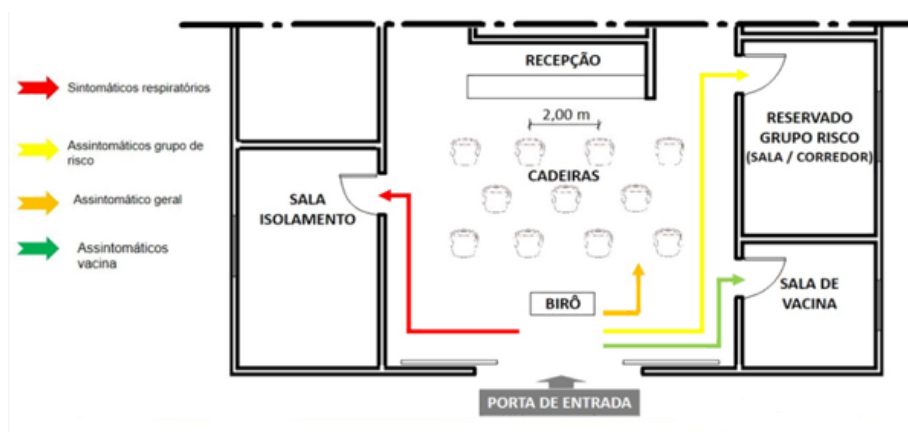
3.1. (RE)ORGANIZAÇÃO DA APS

As 40 unidades de APS de Arapiraca continuaram abertas e, visando evitar aglomerações, realizou-se a reorganização do fluxo de pacientes, assegurando a continuidade de atendimentos dos grupos prioritários pelas UBS e com adequação de 90% das UBS com implantação de área de precaução de atendimento aos sintomáticos gripais, com a garantia da

infraestrutura e equipamentos, como tendas, oxímetros, oxigênio de alto fluxo, máscara de Hudson, cateter nasal, além de equipamentos de proteção individual e produtos de higiene e estabelecimento de manutenção de abastecimento de oxigênio.

Dentre as estratégias adotadas para a reorganização da APS, fez-se a implantação de um projeto piloto em uma UBS, onde foi elaborado um guia de orientação: adequação do processo de trabalho na APS frente à atual situação da COVID-19, um processo de construção junto à equipe multiprofissional. Este guia foi amplamente discutido com o Grupo de Trabalho (GT), instituído em março de 2020, composto por 18 profissionais da APS (enfermeiros, odontólogos, profissionais do NASF) e 16 técnicos da gestão, para contribuições e validação da proposta visando à reorganização do processo de trabalho local de forma monitorada e acompanhada pelos apoiadores do GT de cada unidade.

Figura 1 – Exemplo de organização da UBS com implantação da área de precaução. Arapiraca/AL, março de 2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Arapiraca/AL, março de 2020.

Para diferenciar o fluxo de acesso, a UBS foi dividida em dois setores definidos: área de precaução para atendimento dos SG (área de acolhimento, sala de isolamento; sala de triagem / classificação de risco; consultório médico e sala de estabilização); e o local para atendimento da rotina da APS (sala de vacina, sala de espera grupo de risco, consultórios e sala de procedimentos).

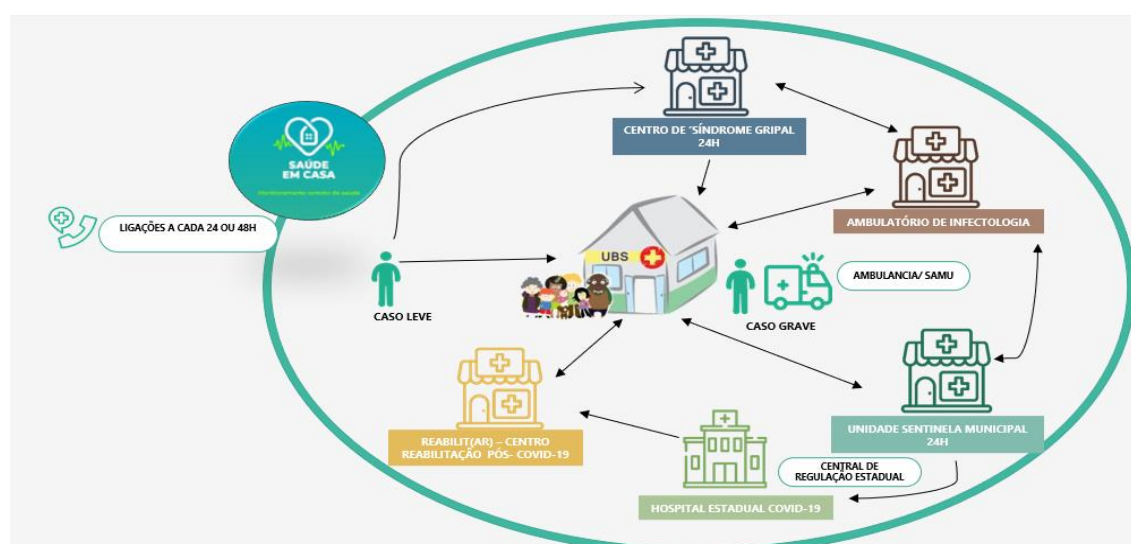
Dessa forma, conseguiu-se garantir a continuidade do cuidado para todos de maneira segura, reduzindo a velocidade de contaminação pelo novo coronavírus. Vale ressaltar que toda a equipe multiprofissional da APS participou desse processo, e os odontólogos, talvez a categoria profissional que teve maior impacto com relação à assistência aos pacientes, foram realocados para as atividades de acolhimento e monitoramento por teleatendimento.

3.2. FORTALECIMENTO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO EM REDE

Para garantir a coordenação do cuidado, conseguiu-se elaborar protocolos e fluxos para manejos de casos moderados e graves junto aos serviços especializados e à Rede de Urgência e Emergência, assegurando o transporte oportuno por meio de ambulância e/ou SAMU.

Foi estruturada 1 unidade sentinela para atendimento dos casos de SG moderados e graves, classificados e referenciados pela APS para continuidade da assistência e estabilização até efetivar a regulação para leito hospitalar, quando necessário. Foram criados mais 2 Centro de Síndrome Gripal (CSG) para atendimentos à demanda espontânea com funcionamento 24h durante os 7 dias da semana. Também foram implantados 1 Ambulatório de Seguimento para casos moderados/graves com atendimento de médico infectologista e angiologista, 1 Centro de Reabilitação Municipal pós-COVID-19, o Reabilit-AR, e 3 centros de vacinação, sendo 1 na modalidade de drive-thru.

Figura 2 – Desenho da Rede de Atenção à Saúde COVID-19. Arapiraca/AL, 2020.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Arapiraca/AL, julho de 2020.

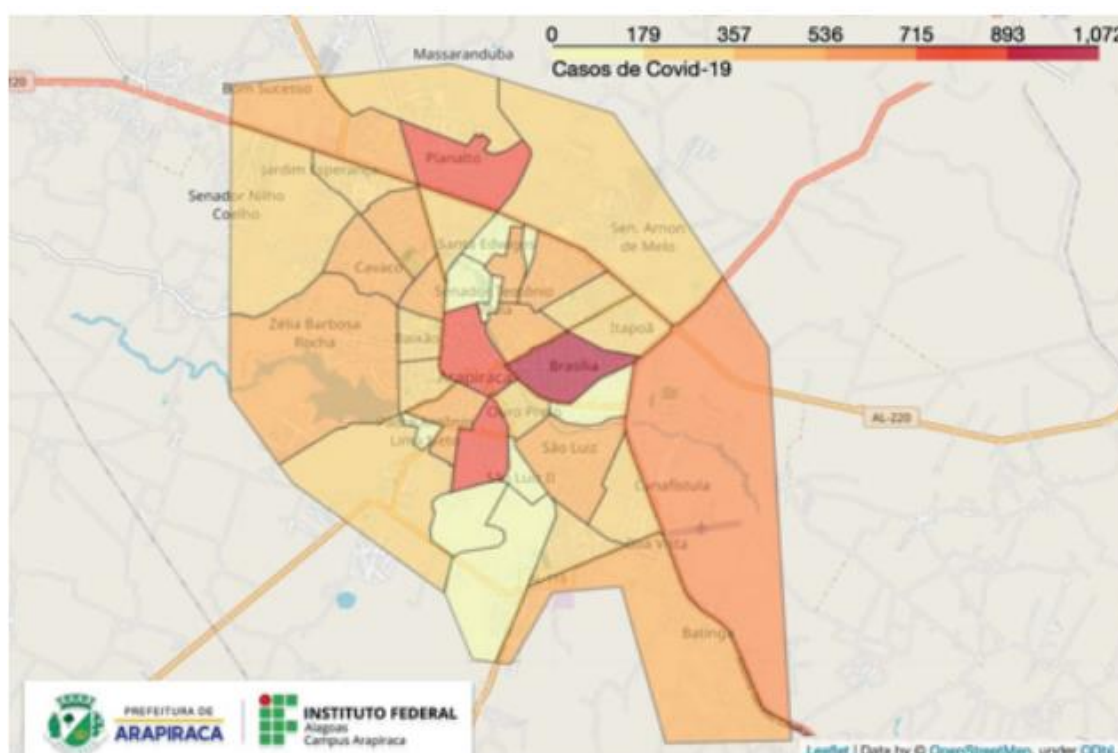
3.3. INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE MUDAR PARA (TECNOLOGIA)

A conexão dos recursos tecnológicos possibilitou tornar mais ágil não apenas o atendimento, mas a triagem de casos suspeitos. E é sob essa lógica que surge o programa Saúde em Casa estruturado em plataforma de teleatendimento, *chatbot* Vitalk, *fast-track* digital, o Telearapiraca (suporte telefônico via WhatsApp) e o monitoramento do luto (realizado por psicólogos do NASF), garantindo, assim, o isolamento social, acompanhamento dos casos de forma mais segura e assistida e suporte de dúvidas para a população.

Foi desenvolvida uma Plataforma de Teleatendimento a casos suspeitos e confirmados da COVID-19 desenvolvida junto ao Instituto Federal de Alagoas (IFAL) *campus* Arapiraca, implementado através de modelo Callcenter com atividade multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e educador físico, todos esses integrantes da APS e da média complexidade, de modo a acompanhar os casos ou a cada 24h ou a cada 48h conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Utilizou-se a plataforma VITALK de monitoramento de pacientes através de *chatbot*, monitorando possíveis mudanças nos sinais e sintomas dos pacientes, sendo que os atendimentos das UBS foram supervisionados através de *fast-track* digital em que foi possível acompanhar a dinâmica dos atendimentos, caracterizar o perfil conseguindo georreferenciar os casos positivos facilitando a adoção de estratégias pelo nível gestor. Vale ressaltar também a disponibilização de dois contatos telefônicos com WhatsApp utilizado como uma central de dúvidas de forma a deixar a população mais segura com informações oficiais.

Figura 3 – Distribuição espacial dos casos confirmados por bairro. Arapiraca/AL, 31/12/2020



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Arapiraca/AL, dezembro de 2020.

Todas essas ferramentas utilizadas de monitoramento e comunicação estiveram centralizadas em um único lugar conectadas em rede com as Unidades Básicas de Saúde, permitindo maior resolutividade das demandas, melhorando acesso dos usuários e ordenando o atendimento de maneira mais eficaz.

Entre maio de 2020 a janeiro de 2021, foram cadastrados 11.297 pacientes, sendo realizados 26.394 atendimentos por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, odontólogos e psicólogos). Quanto ao sexo, 54,8% (6.189 pacientes) eram do sexo masculino e 77,9% (8.799 pacientes) tinham entre 20 e 59 anos de idade. A maioria dos pacientes cadastrados foram classificados de baixo risco (87% - 9.825 pacientes), 1,8% (200 pacientes) como risco médio, 2% (235 pacientes) e 9,2% (1037 pacientes) classificados como altíssimo risco, sendo que neste último grupo 1022 pessoas entraram nessa classificação por serem idosos acima de 60 anos de idade.

3.4. ATENÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Para garantir a segurança dos trabalhadores de saúde, instituiu-se uma escala de rodízio entre profissionais de saúde para atendimento da área de precaução – SG e assegurou-se que todos os trabalhadores acima de 60 anos, gestantes e com doenças imunossupressoras fossem afastados preventivamente do trabalho.

Foram organizadas uma série de capacitações no contexto da APS, em que se destacam-se: adequação física, carta de serviços das UBS, manejo clínico COVID-19 na APS, oxigenoterapia, teste rápido e uso de EPIs.

Implantou-se uma Central de distribuição de EPIs com a criação de fluxo e protocolo de controle de dispensação, em conjunto com a publicação de notas técnicas regulamentando o uso racional de EPIs. Estabeleceu-se também um serviço exclusivo, o Centro de Apoio ao do Trabalhador de Saúde, para atendimento de trabalhadores da saúde municipal com suspeita da COVID-19.

3.5. AÇÕES DE COMUNICAÇÃO

Foi criado uma página (*hotsite*) oficial da Secretaria Municipal de Saúde para divulgação de conteúdo para população e profissionais de saúde sobre a COVID-19 (<https://web.arapiraca.al.gov.br/coronavirus/>), com todas as notas técnicas, guias e informações sobre o Coronavírus atualizadas, incluindo boletim epidemiológico, além das redes sociais da prefeitura com atualização diária. Com a elaboração de mais de 70 publicações entre guias de orientações, notas técnicas, fluxos, protocolos e publicações de boletins de atendimentos e epidemiológicos.

Em 2020, a OPAS e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), apresentaram a edição da iniciativa APS Forte no SUS, destacando experiências exitosas na resposta à COVID-19. O chamado recebeu 1.631 inscrições, sendo que

1.471 foram habilitadas. Destas o município de Arapiraca apresentou 22 experiências aprovadas. Sendo 9 experiências homenageadas com menção honrosa e 1 experiência considerada como de excelência com recomendação de aplicabilidade pela APS no SUS. Das 64% das experiências avaliadas como “melhores” se concentram em 14 cidades, das quais 8 são capitais. Nos casos das grandes metrópoles, um resultado desse tipo pode ser esperado. Porém surpreendem os excelentes desempenhos de outras cidades, como Arapiraca (AL) (OPAS, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Arapiraca evidencia a importância do fortalecimento do SUS e da APS, a partir do momento que ela também se torna protagonista para acesso dos usuários suspeitos ou confirmados para COVID-19, responsável pelo manejo clínico e monitoramento dos casos, busca ativa dos contatos, por promover educação em saúde. É possível observar o tamanho da responsabilidade sanitária da APS sobre um território durante a pandemia. Todo o processo desenvolvido pela APS de Arapiraca envolveu uma série de dificuldades desde subfinanciamento da APS, burocracia dos processos licitatórios, acesso aos EPIs, infraestrutura das UBS, a necessidade de maior investimento em educação permanente.

Percebeu-se que a APS é resolutiva mas para isso faz-se necessário maiores investimentos conforme as dificuldades ora apresentadas.

AGRADECIMENTO

A todos os profissionais da rede de atenção e vigilância em saúde de Arapiraca que demonstraram o esforço, dedicação e compromisso em participar do maior desafio de saúde pública da nossa história recente e mostrar que APS de Arapiraca é forte!

REFERÊNCIAS

Arapiraca tem primeiro caso confirmado de infecção por Coronavírus. Prefeitura de Arapiraca, 2020. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/2020/04/arapiraca-tem-primeiro-caso-confirmado-de-infeccao-por-coronavirus/>. Acesso em: 05 de jun. de 2022

Arapiraca, AL, confirma primeira morte por COVID-19. G1 Globo, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/05/03/arapiraca-al-confirma-primeira-morte-por-covid-19.ghtml>. Acesso em: 22 de jun. de 2022.

ARAPIRACA, Prefeitura de. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Vigilância em Saúde, situação de saúde 2016.** Arapiraca, Alagoas, 2017.

ARAPIRACA, Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de orientação: adequação do processo do Trabalhado na APS/ESF frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19.** Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/GUIADEORIENTAOESADAPTAODAAPSESFNOENFRENTAMENTO DOCOVID19ARAPIRACAALVERSAO1MAIO2020.pdf>_ Acesso em: 05 de jun. de 2022

ARAPIRACA. **Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (Covid-19) do município de Arapiraca/AL.** Arapiraca, Alagoas, 2017. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/PMS20182021.pdf>. Acesso em: 07 de jul. de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doença pelo coronavírus 2019: ampliação da vigilância, medidas não farmacológicas e descentralização do diagnóstico laboratorial,** 2020. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf. Acesso em: 7 de jul. de 2022

ALAGOAS. Secretaria do estado de Saúde. Centro de Informações Estratégias e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/AL). **Informe epidemiológico de 05 de agosto de 2020, nº 152.** Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Informe-Epidemiologico-COVID-19-no-178-31-8-2020.pdf>. Acesso em: 7 de jul. de 2022

COVID-19 Map [Website]. **Johns Hopkins Coronavirus Resource Center** 2021. Acesso em: 26 de jan. de 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

FERNANDEZ, Michelle *et al.* A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. **APS em Revista**, v. 3, n. 3, p. 224-234, 2021. Acesso em: 5 de jun. de 2022. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/216/109>

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Acesso em: 5 de jun. de 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa sobre COVID-19,** 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Iniciativa APS Forte no SUS no combate à pandemia.** Brasília, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/Evandro/Downloads/Publicacao-Digital-APS-Forte-V14-Interativo%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Evandro/Downloads/Publicacao-Digital-APS-Forte-V14-Interativo%20(2).pdf). Acesso em: 5 de jun. de 2022.

Prefeitura Municipal de Arapiraca. **Boletim Epidemiológico Geral no Município de Arapiraca/AL,** 2021. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/22.pdf>. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2018-2021).** Arapiraca, AL, 2016. Disponível em: <https://web.arapiraca.al.gov.br/atencao-saude-vigilancia-em-saude-e-gestao-em-saude/>. Acesso em: 10 de jun. de 2022.

CAPÍTULO XI

O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA PELO COVID-19¹

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-11

Cláudia Maria Freire Orestes
Adson Yvens de Holanda Agostinho
Maryanne Ferreira Soares
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da doença denominada síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) foram registrados em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, capital da província de Hubei. A doença, que deu origem a uma pandemia mundial, reconhecida em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é provocada pelo coronavírus 2 e sua transmissão se dá principalmente através do contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos (WHO, 2019).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado no dia 25 de fevereiro de 2020 no estado de São Paulo (BURKI, 2020). A partir daí, outros casos foram sendo confirmados em todos os estados brasileiros. Em maio de 2020, já eram reportados 177.589 casos, sendo São Paulo responsável por 26,9% casos (LOBO, 2020). No estado de Alagoas, até outubro de 2021, foram confirmados 239.786 casos e mais 4.955 casos em investigação epidemiológica, sendo a taxa de letalidade de 2,6%. Alagoas registra, até outubro de 2021, o total de 6.280 óbitos por COVID-19. Dos 6.272 óbitos de pessoas residentes em Alagoas, 3.472 eram do sexo masculino e 2.800 do sexo feminino (ALAGOAS, 2021).

Durante a pandemia, muitos foram os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde do mundo todo e a resposta sanitária em muitos países teve início no âmbito hospitalar, a nível de alta complexidade, através da criação de leitos, de unidades de terapia intensiva (UTI) equipadas, hospitais de campanha e aumento no efetivo dos recursos humanos em saúde (MEDINA, 2020; OLIVEIRA et al., 2021). Entretanto, diante da ausência de vacinas, de medicamentos específicos e da alta transmissibilidade da infecção, viu-se a necessidade de

¹ Estudo contou com o financiamento da Chamada FAPEAL 06/2020 (PPSUS) Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Dicit-SCTIE-MS/CNPq/ FAPEAL/ SESAU-AL.

tomar medidas de saúde pública para o controle da pandemia, como: isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos (AQUINO, 2020).

Diante dessa realidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerado o principal modelo de atenção dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) e porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), tem um papel fundamental na resposta global durante surtos e epidemias, não sendo diferente em relação à doença em questão (MS, 2020).

Algumas das características da ESF que contribuem nesse sentido são: a resolutividade do atendimento, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificar casos graves de uma doença, que, nesses casos, devem ser encaminhados a serviços especializados (MS, 2020).

Durante a pandemia de COVID-19, a Atenção Primária à Saúde (APS), se voltou para a contenção da proliferação viral através da sensibilização e orientação da população quanto às medidas a serem tomadas para evitar a transmissão do vírus e a COVID-19, medidas que têm se mostrado essenciais no sentido de proteger as pessoas e o sistema de saúde (OLIVEIRA et al., 2021).

Apesar das diversas fragilidades de atuação das equipes, a ESF ainda é o modelo mais adequado para apoiar as populações em situação de isolamento social, em virtude de seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (MEDINA et al., 2020).

As principais estruturas físicas desse modelo de atenção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem Estratégia de Saúde da Família, composta por uma equipe multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros, que oferecem uma diversidade de serviços, possibilitando atender às demandas de saúde com encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção, em caso de necessidade (OLIVEIRA et al., 2021).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surge, então, como um profissional de destaque diante dessa pandemia, por se tratar de integrante da ESF/APS/SUS e ter um papel essencial no que se refere à promoção, prevenção e controle de agravos, tendo em vista um maior vínculo com a comunidade, o que facilita o elo entre a população e os serviços de saúde (MS, 2020; MACIAZEKI-GOMES, 2016).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem acompanhar os casos no domicílio, monitorando os cuidados de proteção individual e coletiva; orientar e passar recomendações necessárias, a fim de evitar transmissão; informar à equipe caso haja complicações no domicílio

do paciente; identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado, apoiando a equipe da vigilância na realização de busca ativa; orientar as pessoas a buscarem a UBS e comunicar à equipe no caso de aparecimento de sintomas; atuar junto a domicílios e outros espaços da comunidade, informando aos cidadãos de sua área de abrangência e aos que não moram na área adscrita à UBS, mas que se deslocam frequentemente até elas, sobre os sinais, sintomas e medidas de prevenção e controle do novo coronavírus, estimulando a mobilização e a vigilância; realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento, dentre outras atribuições (BRASIL, 2020).

Assim, a partir da realidade apresentada e da importância dos profissionais da Atenção Primária à Saúde como agentes sensibilizadores e orientadores da população, em especial os ACS, surge a seguinte pergunta norteadora: que ações foram desenvolvidas pelos ACS na APS no sentido de sensibilizar e orientar a população quanto aos cuidados a serem tomados durante a pandemia pelo COVID-19?

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e transversal, realizado a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”. A pesquisa de âmbito nacional foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pela Rede Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), e ocorreu em 88 municípios do território nacional, envolvendo 134 equipes de saúde da família.

A amostra utilizada para este artigo consistiu em 65 usuários cadastrados em uma USF no município de Maceió-Alagoas, escolhidos mediante conveniência. Após explicação dos objetivos da pesquisa e o aceite através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário foi aplicado diretamente pela equipe da pesquisa com os participantes.

Foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, disponibilizado on-line, através da plataforma do Google Forms®. O questionário abordou três núcleos de informações: 1- características sociais, demográficas e econômicas; 2- relação com a UBS (Unidade Básica de Saúde) e utilização dos serviços; e 3- fontes de informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19. Como critérios de inclusão, utilizamos: usuários cadastrados que haviam frequentado a UBS nos últimos 90 dias, maiores de 18 anos, capazes e

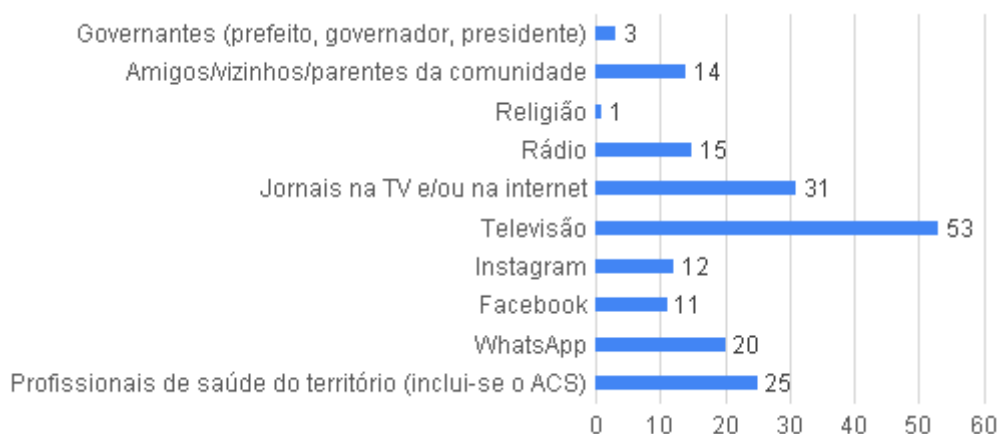
conscientes. Foram excluídos os usuários que não haviam frequentado a UBS nos últimos 90 dias e a população indígena.

3. RESULTADOS

A amostra da pesquisa totalizou 65 usuários de uma UBS, sendo 51 (78,46%) do sexo feminino e 14 (21,5%) do sexo masculino. 22 participantes se encontravam na faixa etária compreendida entre 19 e 29 anos (33,8%), 12 participantes de 31 a 41 anos (18,4%), 12 participantes de 32 a 42 anos (18,4%), 21 participantes de 44 a 59 anos (32,3%) e 9 participantes de 60 a 73 anos (13,8%). Destas pessoas, 41 (63%) referiram ser de cor parda, 11 (16,%) de cor branca, 10 (15,3%) de cor preta, 2 da cor amarela (3%) e 1 indígena (1,5%). Sobre a escolaridade, 35,3% têm ensino fundamental incompleto, 18,4% ensino médio, 15,3% fundamental, 12,3% ensino médio incompleto, 10,7% sem escolaridade, 6,1% ensino superior, 1,5% superior incompleto.

Segundo a pesquisa, o meio mais utilizado para receber informações sobre o coronavírus foi a televisão (28,6%), seguido dos jornais na TV e/ou na internet (16,7%) e dos profissionais de saúde do território (13,5%). Os meios menos utilizados foram religiosos (0,54%) e através dos governantes (1,6%), como podemos observar no Gráfico 1.

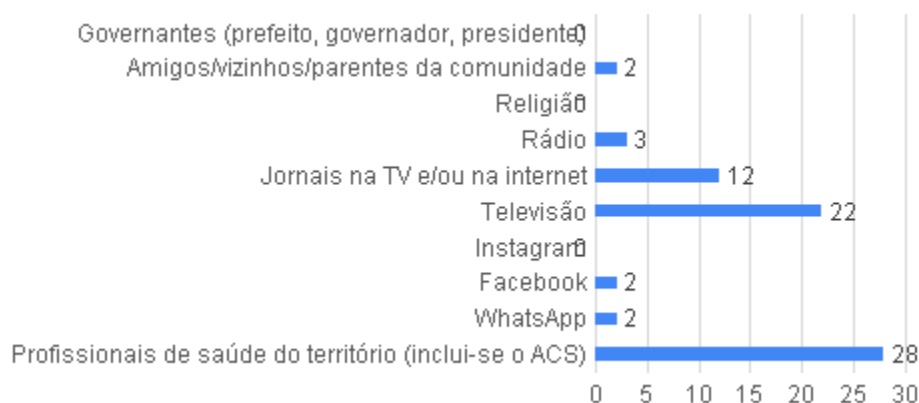
Gráfico 1 – Meio utilizado para receber informações sobre o coronavírus em Alagoas, 2021



Fonte: Os autores.

Dentre as fontes de informações, a fonte considerada mais confiável (39,4%) foram os profissionais de saúde do território, seguida da televisão (30,9%) e dos jornais na TV e/ou na internet (16,9%). As fontes consideradas menos confiáveis incluíram WhatsApp®, Facebook® e amigos/vizinhos com a mesma proporção (2,8%), enquanto os meios religiosos, governantes e Instagram® não foram sequer mencionados, como demonstra o Gráfico 2.

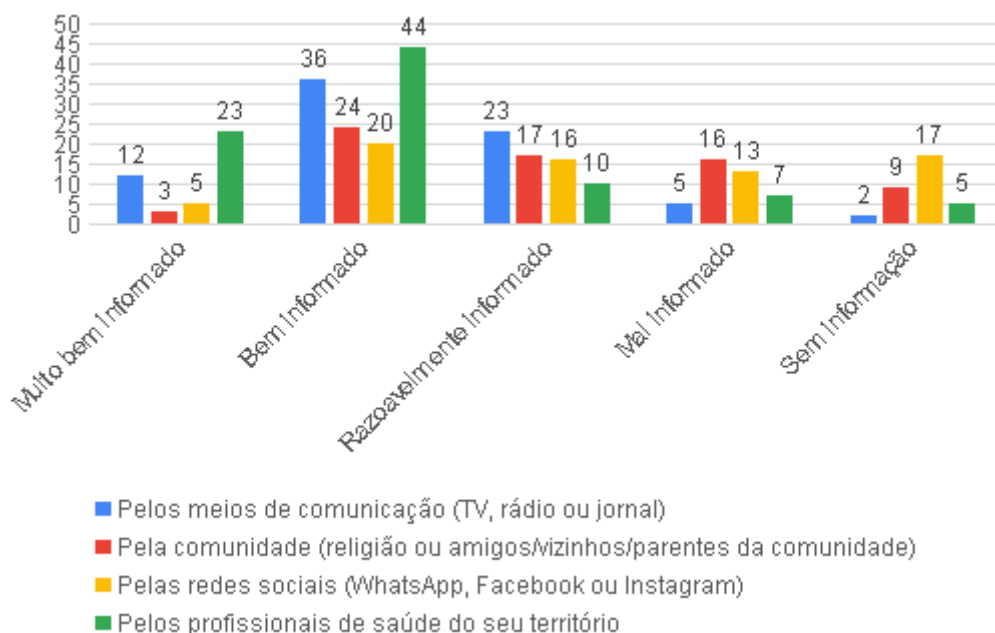
Gráfico 2 – Avaliação de confiabilidade das fontes de informação, em Alagoas, 2021.



Fonte: Os autores.

Quando questionados sobre o nível de informação sobre o coronavírus, a maioria dos usuários informou se sentir muito bem-informado (53,4%) e bem-informado (42,3%) pelos profissionais de saúde do seu território (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Nível de informação em relação ao coronavírus, em Alagoas, 2021

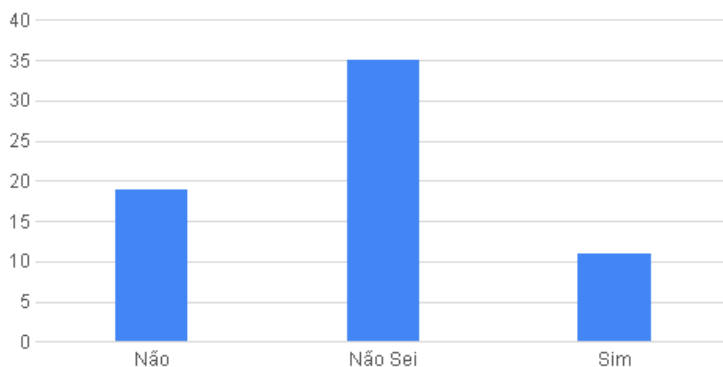


Fonte: Os autores.

Quando perguntados em relação à realização de alguma ação de saúde e educação voltada para a prevenção do coronavírus, 53,8% dos usuários não souberam dizer se a equipe da unidade de saúde havia realizado alguma ação; 27,6% afirmaram que nenhuma ação foi

realizada; já 18,4% afirmaram terem sido realizadas ações de saúde voltadas para a prevenção do coronavírus pela equipe de sua UBS (Gráfico 4).

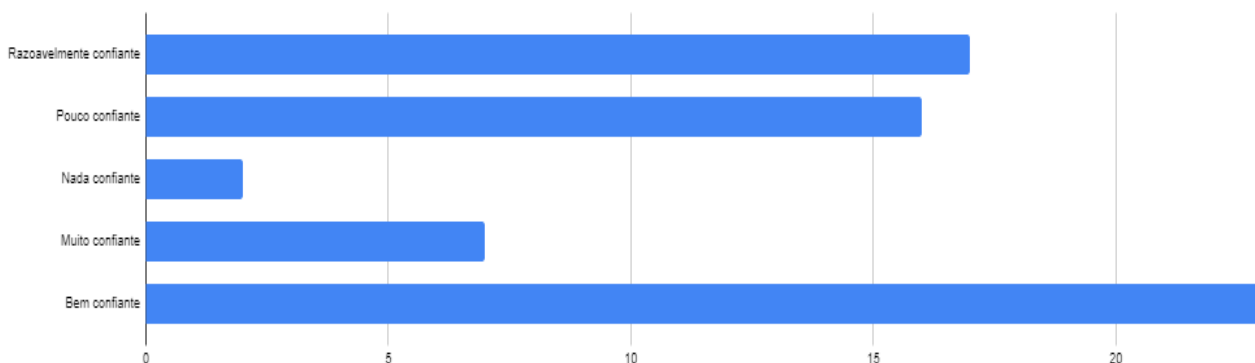
Gráfico 4 – Realização de alguma ação geral de saúde voltada para prevenção do coronavírus, em Alagoas, 2021



Fonte: Os autores.

Quando questionados sobre o nível de confiança em relação às medidas de prevenção e proteção contra o coronavírus adotadas pelos entrevistados, a maioria dos usuários informou se sentir bem confiantes (35,3%) e razoavelmente confiantes (26,1%) (Gráfico 5).

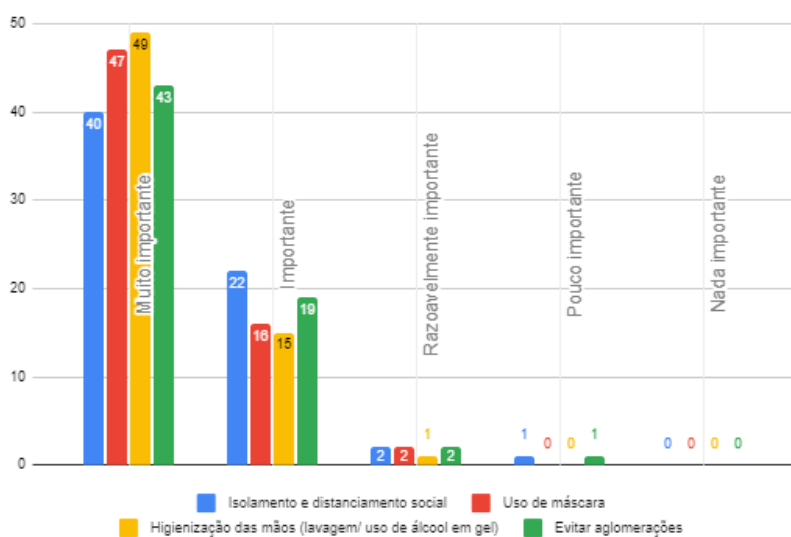
Gráfico 5 – Nível de confiança em relação às medidas de prevenção e proteção contra o coronavírus adotadas pelos entrevistados, em Alagoas, 2021



Fonte: Os autores.

Com relação ao grau de importância de algumas medidas para prevenção adotadas no combate ao coronavírus, como a higienização das mãos (lavagem/ uso do álcool em gel) (75,3%), o uso de máscara (72,3%), o isolamento e distanciamento social (61,5%) e evitar aglomeração (66,15%), foram todas consideradas muito importantes na prevenção ao coronavírus e nenhuma medida foi considerada como nada importante (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Grau de importância de algumas medidas para prevenção adotadas no combate ao coronavírus, em Alagoas, 2021



Fonte: Os autores.

4. DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstram que vários foram os meios utilizados para obter informações relacionadas ao coronavírus, sendo a televisão o meio mais citado, seguido dos jornais na TV e/ou internet, seguido dos profissionais de saúde (incluindo o ACS).

Fica clara a importância da TV como meio de acesso a informações, assim como da internet. No entanto, ao serem questionados em relação à confiabilidade desses meios, identificou-se que os profissionais de saúde do território, incluindo o ACS, tiveram um nível de confiabilidade maior quando comparados aos outros meios de informação.

O trabalho da APS e principalmente do ACS está diretamente vinculado às relações que cultivam no território, o que confere à APS a capacidade de enfrentar situações como a da pandemia por COVID-19 de uma perspectiva comunitária, sendo a proximidade com os usuários uma premissa da abordagem comunitária da APS e da atuação das ACSs (MOROSINI & FONSECA, 2018).

Os entrevistados afirmaram, ainda, que se sentiram mais bem-informados quando a fonte de informações se tratou dos profissionais de saúde do seu território. Isso nos faz pensar que o vínculo existente entre os usuários e profissionais de saúde permitiu que as dúvidas que, porventura, vieram a surgir ou existir, foram sanadas pelos profissionais, enquanto os outros meios de comunicação podem não ter sido eficazes nesse sentido.

Daí a importância dos profissionais da APS, que, diante de uma pandemia, são ferramentas importantes no diagnóstico precoce dos infectados, no tratamento de casos leves,

nas ações de vigilância epidemiológica, na implementação de medidas de prevenção e na educação em saúde (RAHMAN; ROSS; PINTO, 2021).

Nesse sentido, um profissional que se destaca dentre os profissionais da APS são os ACSs. O destaque se deve ao conhecimento que têm do território, da capacidade de conectar as famílias ao SUS, do vínculo que estabelecem com os usuários do território, entre outros. (DURÃO & MENEZES, 2016).

O ACS tem, ainda, papel fundamental nas ações de saúde e educação, apesar de a grande parte dos entrevistados (53,8%) afirmar que não houve ação de saúde e educação voltada para a prevenção do coronavírus. Em contrapartida, alguns entrevistados não souberam dizer se a equipe da unidade de saúde havia realizado alguma ação, 27,6% afirmaram que nenhuma ação foi realizada, já 18,4% afirmaram terem sido realizadas ações de saúde voltadas para a prevenção do coronavírus pela equipe de sua UBS. Isso deixa dúvidas sobre as compreensões dos entrevistados acerca das ações de saúde e educação.

Deve-se ressaltar que, durante a pandemia por COVID-19, as dinâmicas de trabalho precisaram passar por algumas mudanças que ficaram caracterizadas por um aumento da demanda, principalmente administrativa e pela rotina de trabalho modificada com a suspensão das atividades em grupo, de visitas domiciliares e do aumento do tempo interno na Unidade Básica de Saúde (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Analisando este aspecto, os usuários podem ter encarado tais mudanças como uma não realização de ações de saúde e educação.

A necessidade de reorganização das atividades profissionais dos ACSs impactou em sua capacidade de realizar promoção à saúde, no entanto, preservou a tarefa de monitoramento, mesmo que adaptada, de famílias e grupos de pessoas em risco (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

Durante o período crítico da pandemia por COVID-19, o monitoramento das famílias teve que ser adaptado e se deu através da substituição do contato pessoal pelo uso da telemonitoramento e das redes sociais, considerado um desafio na rotina do processo de trabalho destes profissionais. Isso porque o contato pessoal parece agradar mais os usuários, sendo mais eficiente na construção das relações e na aproximação entre os profissionais e as pessoas do território. Além disso, ainda é comum observar pessoas sem acesso a esses meios de comunicação.

Assim, esse momento foi marcado por desafios desde a reorganização da assistência, com vistas a garantir a continuidade dos cuidados, acrescidos dos desafios de ordem comunicacional, com a circulação de informações falsas sobre a pandemia (AQUINO, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando no cotidiano do trabalho realizado pela APS durante o período agudo da pandemia, foi possível observar uma necessidade mudança na dinâmica de trabalho, tendo em vista a imposição do distanciamento social associada à necessidade de monitoramento e acompanhamento dos usuários do território. A proximidade com os usuários decorrente do vínculo estabelecido foi primordial no sentido de conferir à APS a possibilidade de enfrentar a pandemia de uma perspectiva comunitária.

Tendo em vista os resultados apresentados, reconhece-se que as alterações na rotina do serviço e as exigências decorrentes das medidas preventivas contra a COVID-19 afetaram diretamente as ações de prevenção e educação em saúde, sendo os recursos das mídias sociais uma ferramenta importante para auxiliar na execução destas ações. Vale ressaltar, porém, que tais recursos ainda não estão ao alcance de muitos usuários que fazem parte do território.

Diante das dificuldades vividas na pandemia, foi possível perceber o importante papel do ACS como elo entre a comunidade e a UBS. O vínculo estabelecido permitiu gerar confiabilidade nas informações repassadas sobre a COVID-19 e manter o acesso ao serviço, mesmo que de forma remota. Entretanto, é possível que este vínculo tenha sido afetado pelo panorama de distanciamento, pela redução de ações territoriais de promoção e prevenção à saúde e por todas as limitações em considerar as demandas sociais na saúde.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde CIEVS/AL. **Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19**. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/Informe-Epidemiologico-COVID-19-no-.598-25-10-2021>. Acesso em: out. 2021.

AQUINO E., SILVEIRA I.H., PESCARINI J., AQUINO R., SOUZA-FILHO J.A. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, 2020; 25 Suppl 1:2423-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 9)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>

BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. **Nota técnica nº 01: Orientações para organização da Atenção Básica (AB), no enfrentamento do Novo Coronavírus**. Salvador. 16 mar 2020:5p. Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/NT-DAB-BA-Coronav%C3%ADrus.pdf>

BURKI T. COVID-19 in Latin America. **The Lancet**. Issue 5 [1];547–8, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0) May 01. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930303-0>.

DURÃO, Anna V. R. ; MENEZES, Clarissa A. F. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-376, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00011.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021, v. 19 [Acessado 11 Maio 2022], e00321153. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>>. Epub 21 Abr 2021. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.

LOBO AP, et al. COVID-19 epidemic in Brazil: Where are we at? **International Journal of Infectious Diseases**. 2020; 97: 382–385. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930479-3>.

LOTTA, Gabriela S.; MARQUES, Eduardo C. How social networks affect policy implementation: An analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. **Social Policy & Administration**, v. 54, n. 3, p. 345-360, 2020. DOI: 10.1111/spol.12550. » <https://doi.org/10.1111/spol.12550>.

MEDINA, M.G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; DE MENDONÇA, M.H.M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 1678-446436, n. 8. Rio de Janeiro, Agosto 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente à COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200403_recomendacoes_ACS_COVID19_ver002_final_b.pdfMOROSINI, Márcia V.; FONSECA, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s117.

OLIVEIRA L.M.S et al. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA, **Rev. Gaúcha Enferm**. 2021; 42(esp): e20200138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138>.

RAHMAN R.; ROSS A.; PINTO, R. The critical importance of community health workers as first responders to COVID-19 in the USA. **Health Promotion International**, p. 1-10, 2021. DOI: 10.1093/heapro/daab008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**: situation report - 51. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10.

CAPÍTULO XII

NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DAS MEDIDAS PROTETIVAS À COVID-19 EM UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO NORDESTE BRASILEIRO²

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-12

Litieska Barros da Silva Santos
Maryanne Ferreira Soares
Adson Yvens de Holanda Agostinho
Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 31 de dezembro de 2019, foi informada sobre casos de pneumonia ocorridos na cidade de Wuhan, na China. O alerta referia-se a um novo tipo de coronavírus até então não visto em seres humanos. No dia 7 de janeiro de 2020, uma semana após, foi confirmada a nova cepa de coronavírus (OMS, 2021a).

O coronavírus é um tipo comum de vírus presentes em vários lugares, causando resfriados comuns, raramente trazendo complicações graves aos humanos. São sete tipos conhecidos de coronavírus humanos, sendo o mais recente conhecido como novo coronavírus ou SARS-COV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), responsável por causar a doença COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) (OMS, 2021a).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou estado de Emergência de Saúde Pública Internacional pelo surto do novo coronavírus e a doença já se encontrava em 19 países. Até então, nessa data, havia 7.834 pessoas infectadas com a doença, sendo 98 destas infectadas fora da China (OMS, 2021b).

Devido a sua alta transmissibilidade e alto potencial de contaminação, o vírus se alastrou por todos os cinco continentes. No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou que a COVID-19 era uma pandemia. Nessa data já havia 118 mil casos em 114 países e 4,2 mil mortes (OMS, 2021c).

A COVID-19 se alastrou rapidamente pelos países entre os anos de 2020 e 2021, acometendo 513.384.685 pessoas por todo o mundo e causando a morte de 6.246.828 destas

² Estudo contou com o financiamento da Chamada FAPEAL 06/2020 – PPSUS Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Decit-SCTIE-MS/CNPq/FAPEAL/ SESAU-AL.

(OMS, 2022). No Brasil, 30.524.183 pessoas foram diagnosticadas com COVID-19 e 663.896 vieram a óbito pela doença (BRASIL, 2022).

A COVID-19 trata-se de uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus. Os sintomas da doença assemelham-se a um resfriado comum, como febre, cansaço e tosse seca. Outros sintomas também são relatados, como dores, congestão nasal, cefaleia, diarreia, conjuntivite, perda do olfato e paladar, erupções na pele e descoloração dos dedos. Os sintomas mais graves incluem falta de ar, desconforto respiratório, perda de apetite, confusão, dor persistente ou pressão no peito e febre (acima de 38 °C) (OMS, 2021d).

Todas as pessoas estão suscetíveis a adquirir a doença e evoluir para gravidade. Alguns pacientes apresentam inicialmente sintomas leves que podem evoluir para complicações graves, já outros demonstram sintomas muito leves com boa evolução, e algumas pessoas infectadas pelo vírus nunca desenvolvem sintomas (OMS, 2021d).

Cerca de 80% dos pacientes se curam sem precisar de cuidados hospitalares, 15% ficam gravemente doentes e precisam de oxigênio e 5% ficam gravemente doentes e precisam de cuidados intensivos. Uma a cada seis pessoas infectadas tem problemas respiratórios graves, principalmente aquelas com comorbidades ou idade avançada (OMS, 2021d).

A transmissão ocorre através de secreções respiratórias ou de gotículas respiratórias de pessoas infectadas com o novo coronavírus por contato direto, indireto (superfícies e objetos contaminados) ou próximo, ao serem expelidas pela tosse, espirro, fala ou canto. Nesses casos as gotículas expelidas e contaminadas pelo vírus entram em contato através da boca, olhos e nariz do susceptível, contaminando-o (OPAS, 2020).

As pessoas infectadas pelo vírus podem iniciar a transmissão até três dias antes de apresentarem os sintomas, já a transmissão de infectados sem sintomas tem menor probabilidade de transmitir o vírus (OPAS, 2020). O período de incubação da doença, entre a exposição ao vírus e a manifestação dos sintomas, é, em média, de cinco a seis dias, podendo variar entre 1 e 14 dias (OMS, 2021d).

Diante desse contexto de pandemia, mundialmente foram implementadas várias medidas sociais e de saúde pública para se evitar a disseminação da doença por todo o mundo, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por COVID-19 (OMS, 2021e). Ao mesmo tempo, iniciou-se a busca pela vacina e, em 31 de dezembro de 2020, a OMS emitiu a primeira lista de uso emergencial para uma vacina contra a COVID-19. Desde então, várias vacinas foram desenvolvidas e estão sendo aplicadas na população (OMS, 2021f).

Embora as vacinas estejam sendo implementadas, ainda é necessário que as estratégias de medidas de proteção individual, ambiental e de proteção coletiva continuem sendo

utilizadas para diminuir a propagação da doença, o adoecimento da população e a sobrecarga dos sistemas de saúde (OMS, 2021f).

As medidas protetivas individuais incluem a lavagem das mãos, uso de álcool 70º, uso de máscaras, distanciamento físico, evitar aglomerações e etiqueta respiratória. As medidas ambientais referem-se à limpeza, higiene dos ambientes, desinfecção; medidas de distanciamento social, como fechamento de escolas, comércio, quarentena; de vigilância e medidas referentes às viagens internacionais (OMS, 2021e).

Além dessas medidas de proteção e prevenção, é de suma importância que a população seja informada adequadamente sobre todos os riscos trazidos pela COVID-19 à sua saúde. Essas informações precisam ser precisas, confiáveis e baseadas em evidências científicas para que a população possa cuidar de sua saúde e de seus familiares de forma adequada (OMS, 2021g).

Diante de uma situação de emergência de saúde pública, como a pandemia pelo novo coronavírus, uma numerosa quantidade de informações foi gerada, não apenas de fontes cientificamente confiáveis, como também de fontes duvidosas, o que dificulta a escolha correta de medidas para a proteção da saúde por parte da população. A esse fenômeno, dá-se o nome de infodemia (OMS, 2020b).

Segundo a OMS:

A palavra infodemia se refere a um grande aumento no volume de informações associadas a um assunto específico, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico, como a pandemia atual. Nessa situação, surgem rumores e desinformação, além da manipulação de informações com intenção duvidosa. Na era da informação, esse fenômeno é amplificado pelas redes sociais e se alastra mais rapidamente, como um vírus (OMS, 2020b).

O acesso à internet e às redes sociais levou a uma abundância de informações sobre a pandemia, pelas mais diversas pessoas e nos mais diversos países, sendo muitas dessas informações geradas sem fundamentos e sem evidências, o que se tornou um problema (OMS, 2020b).

A infodemia e a desinformação podem afetar de maneira grave a saúde da população em todos os aspectos. Informações falsas e imprecisas mudam o comportamento das pessoas, podendo fazê-las assumir certas condutas prejudiciais a elas e ao coletivo (OMS, 2020b).

Em 2021, a OMS atualizou seu Plano Estratégico de Preparação e Resposta à COVID-19, acrescentando em seus objetivos estratégicos a capacitação da comunidade e combate à infodemia (OMS, 2021f), ou seja, incentivar as comunidades a serem ativas no processo de tomada de decisões, propagando a comunicação de risco de forma a combater boatos e a desinformação (OMS, 2020c).

O empoderamento da população no cuidado à sua saúde através da criação do vínculo entre profissionais e a população fortalece o engajamento comunitário em todos os níveis e melhora a comunicação de risco, promovendo, assim, a confiança e a disseminação de informações seguras e realmente efetivas (OMS, 2020c).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel de destaque, por ser considerada a porta de entrada aos serviços de saúde e seus profissionais estarem em posição privilegiada de vínculo com a comunidade, sendo importantes para a disseminação de informações seguras e de qualidade, principalmente durante a crise pandêmica atual. A APS, bem consolidada e cumprindo suas funções, tem grandes possibilidades de combater de forma eficaz a pandemia (BRASIL, 2021).

A capacitação da comunidade em tempos de COVID-19 é uma forma de se informar a população sobre os riscos aos quais estão sendo submetidos para reforçar soluções locais, combater boatos e a desinformação, orientar a busca por fontes confiáveis, a fim de reduzir a propagação do novo coronavírus, garantindo o empoderamento da comunidade através de informações relevantes, coerentes e palpáveis em sua realidade (OMS, 2021f).

Ter esse contato próximo e a comunicação eficaz ajuda a mudar comportamentos e a fornecer informações científicas de forma simples, objetiva e passível de entendimento pela comunidade, para que, assim, os indivíduos incorporem as medidas de proteção à COVID-19 em seu cotidiano e garantam a manutenção da sua saúde (OMS, 2020d).

Dessa forma, este artigo tem por objetivo analisar o nível de conhecimento dos usuários da APS acerca das medidas protetivas à COVID-19 em uma cidade de médio porte do Nordeste brasileiro.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e transversal, sendo um recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, que ocorreu em território nacional, em 88 municípios e 134 equipes de saúde da família, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e pela Rede Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE).

Para este artigo, a amostra utilizada consiste em 70 usuários cadastrados em uma unidade de saúde no município de Arapiraca, Alagoas, escolhidos mediante conveniência. Após

explicação dos objetivos da pesquisa, o *link* foi enviado ao usuário por e-mail ou WhatsApp®, sendo a pesquisa on-line iniciada após aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, disponibilizado on-line através da plataforma do Google Forms®. O questionário abordava três núcleos de informações: 1- características sociais, demográficas e econômicas; 2- relação com a UBS (Unidade Básica de Saúde) e utilização dos serviços; e 3- fontes de informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Foram incluídos na pesquisa os usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS nos últimos 90 dias, maiores de 18 anos, capazes e conscientes. Excluiu-se os usuários sem acesso à internet, que não tenham frequentado a UBS nos últimos 90 dias e a população indígena.

3. RESULTADOS

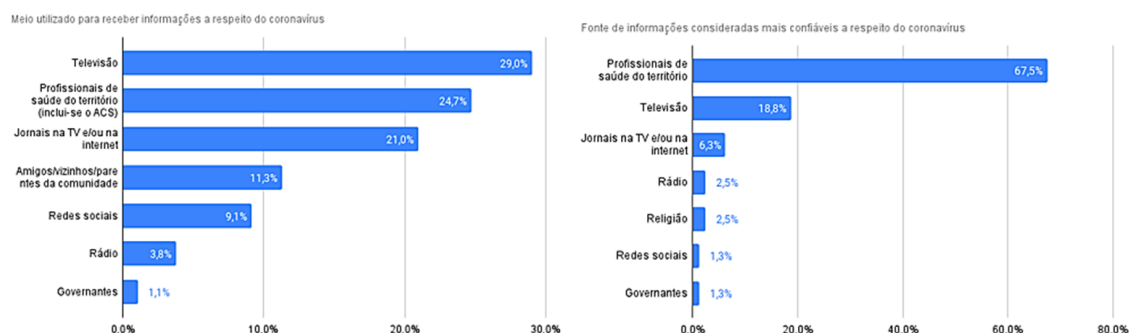
A amostra da pesquisa totalizou 70 usuários de uma UBS, sendo 67 (95,7%) do sexo feminino e 3 (4,3%) do sexo masculino. A maioria dos participantes estavam, respectivamente, na faixa etária de 18 a 30 anos (50%), de 31 a 40 anos (18,6%), 51 a 60 anos (12,9%), 41 a 50 anos (11,4%) e maiores de 60 anos (7,1%). Destas pessoas, 47 (67,1%) referiram ser de cor parda, 13 (18,6%), de cor branca e 10 (14,3%) de cor preta.

Sobre a escolaridade, 47,1% têm ensino fundamental incompleto, 14,3% ensino médio, 8,6% ensino médio incompleto, 8,6% não têm formação, 7,1% ensino fundamental, 7,1% superior incompleto, 5,7% ensino superior e 1,4% tem pós-graduação.

O meio mais utilizado para receber informações sobre o coronavírus foi a televisão (29%), seguido dos profissionais de saúde do território (24,7%) e dos jornais na TV e/ou na internet (21%). Os meios menos utilizados foram os amigos/vizinhos/parentes (11,3%), redes sociais (9,1%), rádio (3,8%) e governantes (1,1%), como demonstra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Meio utilizado para receber informações sobre o coronavírus em Arapiraca-AL, 2021

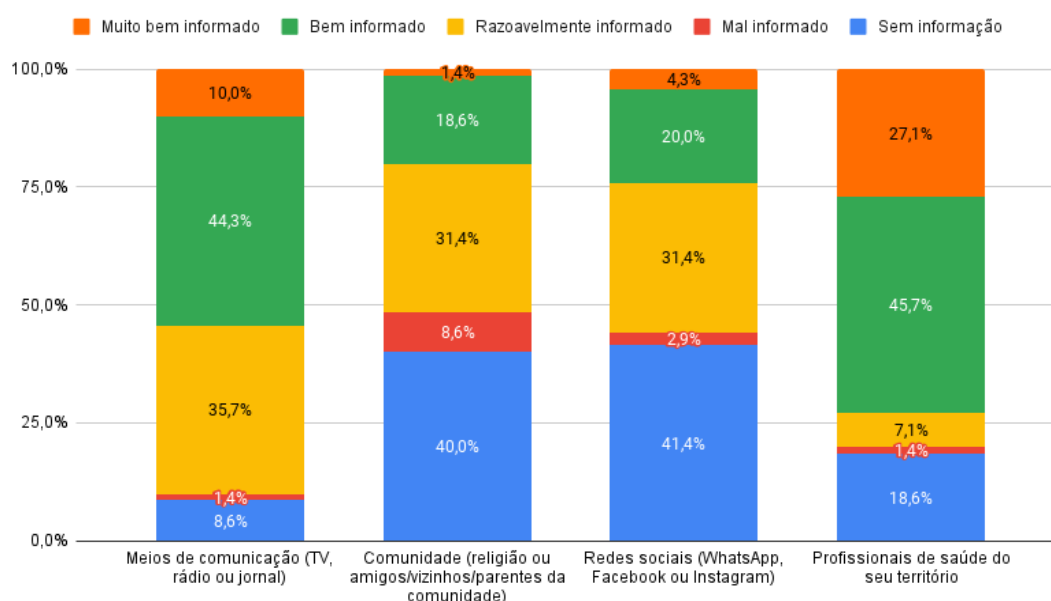
Fontes de informações e sua avaliação de confiabilidade



Fonte: Os autores.

Destas fontes de informações (Gráfico 2), a considerada mais confiável (67,5%) foram os profissionais de saúde do território, seguida da televisão (18,8%) e dos jornais na TV e/ou na internet (6,3%). As fontes consideradas menos confiáveis foram o rádio (2,5%), religião (2,5%), redes sociais (1,3%) e governantes (1,3%).

Gráfico 2 – Avaliação de confiabilidade das fontes de informação em Arapiraca-AL, 2021



Fonte: Os autores.

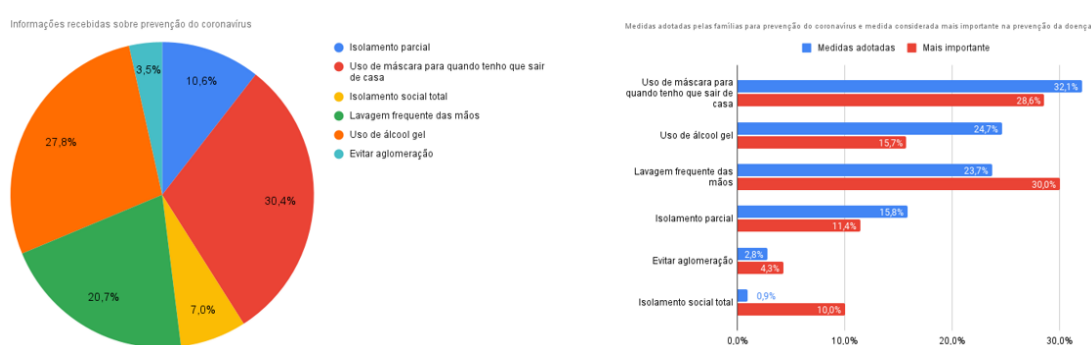
Quando questionados sobre o nível de confiança em relação à fonte de informação sobre o coronavírus, a maioria dos usuários informou se sentir muito bem-informados (27,1%) e bem-informados (45,7%) pelos profissionais de saúde do seu território (Gráfico 2).

Segundo 68,6% dos usuários, houve a realização de ações de saúde voltadas para a prevenção do coronavírus pela equipe de sua UBS, sendo todas estas de educação em saúde.

No que se refere às informações recebidas para a prevenção do coronavírus, 30,4% dos usuários relataram que receberam informações principalmente sobre o uso da máscara ao sair de casa (30,4%), uso de álcool em gel (27,8%) e lavagem frequente das mãos (20,7%), conforme mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 – Grau de importância de algumas medidas para prevenção adotadas no combate ao coronavírus

Medidas adotadas e avaliação de importância



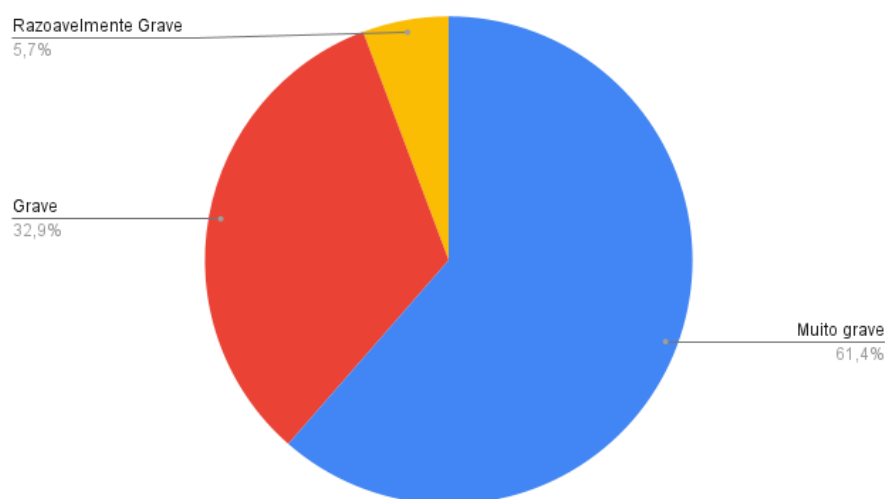
Fonte: Os autores.

Entre as medidas adotadas pelos usuários para se prevenir do coronavírus estão o uso de máscara ao sair de casa (32,1%) e o uso do álcool em gel (24,7%). Aquelas consideradas mais importantes foram a lavagem frequente das mãos (30%) e o uso de máscara ao sair de casa (28,6%). Já as medidas menos adotadas foram o isolamento social total (0,9%) e evitar aglomerações (2,8%), sendo estas consideradas também as menos importantes pelos usuários (Gráfico 3).

No que se trata do nível de confiança com as medidas de prevenção e proteção ao coronavírus, 45,7% se mostraram bem confiantes, 27,1% razoavelmente confiantes, 20% muito confiantes, 5,7% pouco confiantes e 1,4% nada confiantes.

Com relação à percepção dos usuários sobre a gravidade do coronavírus, 61,4% consideraram muito grave, 32,9% grave e 5,7% razoavelmente grave (gráfico 07). Cerca de 68,6% dos usuários ou alguém de sua família adquiriu o coronavírus, 35,7% consideram a possibilidade de se adquirir a doença razoavelmente alta e 24,3% consideram alta possibilidade (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percepção dos usuários sobre a gravidade do coronavírus em Arapiraca-AL, 2021



Fonte: Os autores.

4. DISCUSSÃO

A grande quantidade de informações surgidas durante a pandemia do coronavírus trouxe muitas inseguranças e propagação de *fake news*, o que se agravou nas comunidades de baixo poder aquisitivo, onde o acesso aos meios de informação são mais dificultosos (PEREIRA FILHO et al, 2021).

A televisão foi a fonte de informação mais utilizada pelos usuários nesta pesquisa, mesmo com a difusão da internet, o que se justifica pela população ter baixo nível de instrução, tendo a maioria o nível fundamental incompleto. Segundo o IBGE (2017), apenas 50,6% das pessoas com nível fundamental incompleto faziam uso da internet, diferentemente daquelas que tinham o superior completo (96,4%), ou seja, quanto menor o nível de instrução, menor o acesso à internet. Soma-se isso ao fato de a região Nordeste ser a que apresenta menor índice de acesso à internet.

Apesar de a televisão ainda ser o meio de comunicação mais utilizado entre a população, é importante destacar que a fonte considerada mais confiável para receber informações a respeito do coronavírus foram os profissionais de saúde de seu território. No geral, a população se sentiu bem-informada por estes.

A enorme quantidade de informações surgidas durante uma pandemia pode acarretar sérias consequências para a população e trazer o grande desafio para os profissionais de saúde passarem informações seguras, baseadas em fontes confiáveis, para a população. Destaca-se a importância do profissional de saúde nesse sentido, a fim de orientar as pessoas sobre medidas protetivas com base em estudos cientificamente comprovados e evitar que *fake news* sejam disseminadas (GARCIA, DUARTE, 2020).

Além disso, a Atenção Primária à Saúde tem grande capacidade de diminuir a incidência da infecção por coronavírus e disseminar informações de prevenção à doença através de seus profissionais, mitigando os efeitos devastadores da pandemia, por meio de educação em saúde (DALMAS et al, 2020). Esta é a forma mais viável de transmitir informações seguras, prevenir doenças e promover o autocuidado à saúde da população, principalmente aquela com menor nível de instrução e que, provavelmente, mais necessita de educação em saúde (NEVES et al, 2021).

Sobre as informações recebidas pelos usuários, o uso da máscara ao sair de casa, uso de álcool em gel e lavagem frequente das mãos foram as mais citadas, sendo as duas primeiras as medidas mais adotadas pelos usuários para se prevenir do coronavírus. Já a última foi considerada a medida mais importante.

As medidas de prevenção consideradas mais eficazes contra coronavírus são a adoção de medidas de proteção e o distanciamento e isolamento social, porém estas últimas foram menos adotadas pela população e consideradas as menos importantes pelos usuários (FERREIRA, 2020). Nesse âmbito, é importante ressaltar que grande parte da infodemia e *fake news* nesta pandemia esteve relacionada à ineficácia do isolamento social muito defendido pelos estudiosos e trouxe bastante desinformação, aumentando a dificuldade de controle do vírus (CANTUÁRIO, 2020).

Apesar de todas as *fake news*, a maioria da população se mostrou bem confiante em relação à eficácia das medidas de prevenção ao coronavírus e entendeu a gravidade da doença e a probabilidade de adquiri-la.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia do coronavírus trouxe grandes desafios para os profissionais de saúde. Junto à expansão de uma doença pouco conhecida, surgiu um grande volume de informações, nem sempre verídicas, sobre o tema. Muitas dessas *fake news* confundiram a população e dificultaram o entendimento das medidas protetivas contra o coronavírus, causando sentimento de angústia e desconfiança.

No contexto da atenção primária, os profissionais de saúde estão estrategicamente inseridos na comunidade e têm um vínculo com os usuários, o que facilitou o processo de comunicação entre equipe e população no contexto da pandemia. Esse vínculo permitiu o alto nível de confiança dos usuários em relação aos profissionais, com a adesão da maioria das medidas protetivas.

As estratégias de educação em saúde precisaram ser modificadas em razão da necessidade do distanciamento social, tornando as redes sociais aliadas dos profissionais nesse momento, que se mostraram eficientes como ferramentas realmente interessantes para se fazer uma “nova” educação em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde na resposta à pandemia de COVID-19**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Controle**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 maio 2022

CANTUÁRIO, VAP. “Isso é verdade?” – a “infodemia” da pandemia: considerações sobre a desinformação no combate à COVID-19. **Investigação Filosófica**, v. 11, n. 2, p. 175-188, Macapá, 2020.

DAUMAS, RP; SILVA, GA; LEITE, RTC; BRASIL, P; GRECO, DB; Grabois, GWS, Campos. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública** 36 (6) 26 jun. 2020.

FERREIRA, MC. O Desafio da Informação em Saúde na Pandemia Covid-19. São Paulo, 2020.

GARCIA, LP. DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde** v. 29, n. 4, Brasília, set. 2020.

IBGE. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Rio de Janeiro, 2017.

NEVES, VNS, MACHADO, CJDS, FIALHO, LMF, SABINO, RDN. Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela Covid-19. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 42, p. 1-17, 2021.

OMS. Ações críticas de preparação, prontidão e resposta para COVID-19. Orientação Provisória, 27 de maio de 2021.

OMS. Comunicação de risco e engajamento comunitário (CREC). Prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019 (2019- nCoV). **Guia Provisório**, v2, 26 de janeiro de 2020d.

OMS. Considerações sobre a implementação e o ajuste de medidas de saúde pública e sociais no contexto da COVID-19. **Orientação provisória**, 14 de junho de 2021e.

OMS. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Kit de ferramentas de transformação digital, 30 de abril 2020b.

OMS. **Folha informativa sobre COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 01 nov. 2021d.

OMS. **Histórico da pandemia de COVID-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 01 nov 2021^a.

OMS. **Materiais de comunicação sobre COVID-19.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/materiais-comunicacao-sobre-covid-19>>. Acesso: 01 nov. 2021g.

OMS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>. Acesso em: 01 nov. 2021b.

OMS. **Painel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19).** Disponível em: <<https://covid19.who.int/>> Acesso em: 05 maio 2022. OMS. Transmissão de SARS-CoV-2: implicações para precauções de prevenção de infecções: resumo científico. 09 jul. 2020.

OMS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>>. Acesso em: 01 nov. 2021c.

OMS. **Relatório de progresso da preparação e resposta à COVID-19.** 1º de fevereiro a 30 de junho de 2020. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020c.

PEREIRA FILHO A.R., MOGLIA B.H., TERRA M.F. Enfrentamento à infodemia da covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, São Paulo. 2021.

CAPÍTULO XIII

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS USUÁRIOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19: DESAFIOS E POTENCIALIDADES³

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-13

Erica Thaisa Alcantara Lima
Maryanne Ferreira Soares
Adson Yvens de Holanda Agostinho
Michael Ferreira Machado

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde recebeu o alerta referente a vários casos de pneumonia na província de Hubei, na cidade de Wuhan, na China. Tratava-se de uma nova capa de coronavírus (SARS-Cov-2) e responsável por causar a doença COVID-19. No dia 11 de março de 2020, a OMS caracterizava a COVID-19 como uma pandemia e, em 20 de março do referido ano, foi declarada transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional brasileiro (OPAS, 2021; BRASIL, 2020_b).

O novo coronavírus provoca uma síndrome respiratória aguda que varia entre casos leves (cerca de 80% dos casos) a casos muito graves (entre 5% e 10%) e sua letalidade varia, sobretudo, de acordo com a faixa etária e condições clínicas associadas. O vírus tem alta transmissibilidade, ocorrendo principalmente com o contato de gotículas respiratórias de pacientes doentes e sintomáticos (BRASIL, 2020_a). A pandemia de COVID-19 é um dos maiores desafios sanitários da história, exigindo respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde e produzindo sobrecarga desses sistemas por todo o mundo (MEDINA *et al.*, 2020; MACHADO, *et al.*, 2020). Ademais, a governança dos países e agências internacionais foi posta à prova devido ao impacto da pandemia na dinâmica econômica, social, política e cultural nas nações mundiais (SARTI *et al.*, 2020).

Com o objetivo de conter a velocidade de transmissão, as primeiras respostas governamentais foram essencialmente direcionadas à propagação de medidas de distanciamento social, em conjunto com a corrida para disponibilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva para os casos graves (SARTI *et al.*, 2020). Tentativas de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar observadas em experiências

³ Estudo contou com o financiamento da Chamada FAPEAL 06/2020 – PPSUS Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde Dicit-SCTIE-MS/CNPq/FAPEAL/ SESAU-AL.

internacionais que fracassaram, serviram de alerta para a necessidade de ativação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e integral, com uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar (MEDINA *et al.*, 2020).

Sistemas públicos universais de saúde, quando apoiados em uma APS robusta, resolutive, abrangente, acessível e cultural e socialmente orientada, são um dos alicerces para uma sociedade que respeita os direitos fundamentais dos indivíduos (SARTI *et al.*, 2020). O Brasil tem um dos maiores sistemas de saúde universais do mundo — o Sistema Único de Saúde (SUS) — e, mesmo com todos os entraves, é ancorado em uma extensa rede de APS, tendo alcançado resultados positivos na saúde da população na pandemia (MEDINA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020). Os desafios advindos com o contexto pandêmico devem ser enfrentados com a garantia do direito à saúde (FERNANDEZ *et al.*, 2020).

No Brasil, inicialmente, por se tratar de um país de dimensões continentais com realidades sociais discrepantes, a doença se propagou nas grandes metrópoles e, depois, houve a interiorização (AMARAL *et al.*, 2020). Em uma revisão integrativa sobre a atuação da APS no Brasil no contexto da pandemia da COVID-19, os autores encontraram que a APS foi subestimada e subutilizada, pois o foco do cuidado desde o início foi centrado no hospital (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2020). No Brasil, como em outros países do mundo, a resposta sanitária concentrou-se em ações como ampliação do número de leitos, especialmente em Unidade de Terapia Intensiva e aumento do quantitativo de respiradores pulmonares (MEDINA *et al.*, 2020). Na revisão integrativa, os autores identificaram, no entanto, que a APS foi reconhecida como essencial para o enfrentamento da pandemia e apresenta resultados favoráveis relacionados (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2020).

A APS é descrita por Starfield (2004) por meio de quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato; integralidade; coordenação e longitudinalidade. É também descrita por meio de três atributos derivados que conferem maior força ao estarem presentes: competência cultural e orientação familiar e comunitária. Levando-se em consideração a centralidade da APS no SUS, faz-se necessário recorrer a todos esses atributos, refletindo potencialidades e limitações na produção de respostas a pandemia da COVID-19 (MACHADO *et al.*, 2020).

A Portaria nº 2436 de 23 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destaca a Atenção Básica como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Básica é a coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços disponibilizados na rede e a PNAB considera os termos Atenção Básica e APS equivalentes (BRASIL, 2017). Uma das propostas do Ministério da Saúde para reorganização da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia incorpora em sua concepção

elementos como centralidade na família e direcionamento para a comunidade. Em 2017, mais de 95% dos municípios tinham equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família (APS/ESF) tem papel primordial durante surtos e epidemias. A APS/ESF deve exercer um papel resolutivo mediante os casos leves e identificar precocemente os casos graves com encaminhamento rápido e correto. O enfrentamento desses casos leves envolve medidas de suporte, isolamento domiciliar e monitoramento até a alta do isolamento (BRASIL, 2020a).

Mediante papel relevante do APS no enfrentamento da pandemia da COVID-19, são necessárias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais com a finalidade de atender a nova realidade. Essas mudanças envolveram modificações no fluxo de atendimento, inserção de tecnologias da informação e ações integradas entre Vigilância em Saúde e APS (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2020). A APS pode atuar para reduzir a disseminação da infecção, acompanhar casos leves em isolamento domiciliar, oferecer apoio às comunidades durante distanciamento social, amenizando seus efeitos sociais e econômicos, além de conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva. Deste modo, tem papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, com impacto na redução da morbimortalidade (DAUMAS *et al.*, 2020).

O relato de experiência do município de Nova Lima quanto à reorganização da APS diante da crise sanitária indica que os profissionais demonstraram boa aceitação das novas metodologias de cuidado e os usuários também apresentaram retorno positivo (FERNANDEZ *et al.*, 2020). Importante destacar que as mudanças no processo de trabalho das equipes de APS envolveram também a reorganização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo imposto um novo modo de trabalho com visitas peridomiciliares (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2020).

A literatura indica como um dos desafios da APS no enfrentamento da pandemia da COVID-19 a resistência da população em aderir as medidas de proteção, acrescidas à disseminação de notícias falsas a respeito da pandemia (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2020). Todos os profissionais da equipe, principalmente os ACS, podem incentivar o isolamento social com mobilização de lideranças e recursos locais, divulgando informações e realizando medidas concretas. Os ACS têm papel importante no contexto de enfrentamento pandêmico, especialmente no que tange à disseminação de informações corretas relativas à prevenção da doença, no combate as notícias falsas e no apoio das atividades educativas no território (MEDINA *et al.*, 2020).

Sergipe é um estado do Nordeste brasileiro com 2.068.017 pessoas e compreende 75 municípios, sendo o menor estado brasileiro em extensão territorial (IBGE, 2010). O município de Neópolis tem população de 18.506 pessoas, pertence à Regional de Saúde do município de Propriá e conta com 8 equipes de Saúde da Família, das quais 4 atuam em territórios na zona urbana e 4 atual na zona rural, atingindo 100% de cobertura populacional (BRASIL, 2021; IBGE, 2010). Compõem também a APS 4 equipes de Saúde Bucal e um Centro de Atenção Psicossocial. O salário médio mensal era de 1.8 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população em geral era de 12,6% em 2019 (IBGE, 2021). Apresenta grande desigualdade social, tendo elevado número de população de baixa renda e SUS dependente.

Em 14 de março de 2020, o estado de Sergipe confirmava o primeiro caso de COVID-19. No município de Neópolis, o primeiro caso ocorreu em 15 de maio de 2020, e o primeiro óbito, no dia 16 do mesmo mês e ano. Em 10 de novembro de 2021, Neópolis apresentava 1.415 casos confirmados e 41 óbitos registrados (SERGIPE, 2021).

Após contextualização realizada, este estudo se debruça sobre o seguinte questionamento: quais os principais desafios e potencialidades da educação em saúde nesse cenário pandêmico? Deste modo, o objetivo deste artigo é analisar os principais desafios e potencialidades da educação em saúde em um território da APS no município de Neópolis/SE.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte da investigação multicêntrica, de abrangência nacional, que envolveu inicialmente 88 municípios e 134 equipes de saúde da família para compreensão dos significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. Estudo com abordagem quati-qualitativa, transversal, em que o universo da pesquisa compreendeu 106.200 famílias dos territórios adscritos às UBS, nas quais os alunos do PROFSAÚDE estão vinculados em 88 municípios.

Na primeira etapa da pesquisa, definiu-se a amostra total para o Brasil de 8.808 famílias, sendo distribuídas nas 134 equipes de Saúde da Família envolvidas no projeto, representando um quantitativo de 70 famílias por equipe em média. Essa amostra foi definida por conveniência, a partir da inclusão das famílias de usuários cadastrados que frequentaram a UBS de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa. Um membro da família selecionada respondeu a um questionário on-line pela plataforma Google Forms, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com três núcleos de informações: a) características sócias, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de

prevenção e controle da COVID-19. Cada região do país teve um *link* para acessar o questionário on-line.

Para seleção dos usuários que responderiam aos questionários, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, cadastrados que tenham frequentado a UBS nos últimos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar. Os critérios de exclusão foram: usuários sem cadastro nas UBS e que, após três tentativas de envio, com intervalo de uma semana, ou que, após busca ativa, não responderam à solicitação de participação da pesquisa. Recomendou-se incluir, se possível, pessoas com características distintas, como gestantes, idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas, acompanhantes de crianças e outras características que fossem julgadas apropriadas para diversificar a amostra. O convite para participar foi feito por contato telefônico, abordagem na UBS ou abordagem em domicílio. A participação foi voluntária e regida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A segunda etapa envolveu a realização de entrevistas dialogadas, mediadas por um roteiro sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19, e foram realizadas com 20% das famílias participantes da etapa anterior, as quais foram selecionadas de modo aleatório. As entrevistas ocorreram de modo presencial, obedecendo as normas de biossegurança para a COVID-19 com os usuários que participaram da etapa anterior das famílias selecionadas, sendo gravadas em áudio e seguindo o critério de saturação sob a condução do entrevistador. Nesse recorte, as entrevistas aconteceram na UBS ou em visitas domiciliares, garantindo-se a qualidade das gravações. Essas gravações foram transcritas manualmente na íntegra e de forma literal pela entrevistadora, considerando a fidelidade dos dados produzidos. Antes da realização da primeira e segunda etapa da coleta de dados, realizou-se um pré-teste analisado pela coordenação nacional da pesquisa.

O presente estudo consiste em um recorte da pesquisa nacional e ocorreu na Unidade Básica de Saúde Centro II, no município de Neópolis-SE. A Unidade Básica Centro II situa-se atualmente em um imóvel alugado, na zona urbana e o seu território compreende o centro comercial até a região da orla da cidade. Uma equipe de saúde da família com 8 microáreas atua na unidade, abrangendo um total de 2083 pessoas.

Este recorte relaciona-se à segunda etapa da pesquisa multicêntrica, a qual compreendeu a análise dos áudios transcritos em seu conteúdo e categorização seguindo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação (MINAYO,

2012; BARDIN, 2011), conforme etapa nacional, com direcionamento ao município de Neópolis-SE e buscando responder à pergunta deste estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 14 entrevistas dialogadas no período compreendido entre 17 de agosto de 2021 a 14 de setembro de 2021, em horários combinados com as participantes. Todas as usuárias entrevistadas foram mulheres. Duas dessas usuárias eram profissionais de saúde de nível médio, sendo uma agente comunitária de saúde e outra auxiliar de enfermagem. A idade das entrevistadas variou entre 32 e 70 anos. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria tinha ensino médio (07), quatro tinham nível superior, uma tinha ensino fundamental incompleto, uma com ensino médio incompleto e uma com superior incompleto. Para garantia do anonimato, utilizaram-se pseudônimos.

As entrevistas abordaram as informações recebidas pelas entrevistadas, as ações dos serviços de saúde, as mudanças ocorridas na vida, as ações dos governos e as ações de enfrentamento individual, familiar e comunitário. Em busca de responder à questão norteadora deste artigo, a análise dos dados permitiu a organização em 2 categorias: desafios da educação em saúde na pandemia da COVID-19 e potencialidades da educação em saúde na pandemia da COVID-19. As categorias identificadas estão apresentadas no Quadro 1, com suas respectivas subcategorias.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desafios da educação em saúde na pandemia da COVID-19	Infodemia Dificuldades de adesão as medidas de proteção Vulnerabilidade social e pandemia
Potencialidades da educação em saúde na pandemia da COVID-19	Atuação estratégica do ACS Rede de apoio comunitário

Fonte: elaborado pelos autores.

3.1. DESAFIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19

Essa categoria apresentou três subcategorias: infodemia; dificuldades de adesão as medidas de proteção; vulnerabilidade social e pandemia. Em estudo realizado por Neves *et al.* (2021) referente à educação em saúde no Brasil durante a pandemia, os resultados apontaram

para o aumento dos desafios na implantação e manutenção da educação em saúde advindos da pandemia, por conta das *fake news*, baixa adesão às medidas de prevenção e vulnerabilidades sociais.

3.2. INFODEMIA

O termo infodemia é utilizado para referir um elevado volume de informações relacionadas a um assunto específico, podendo haver multiplicação exponencial em curto espaço de tempo devido a um evento específico. Nessas circunstâncias, podem surgir desinformações e manipulação de informações com intenção duvidosa e, em uma pandemia, pode prejudicar a saúde humana. Muitas informações estão sendo constantemente produzidas e compartilhadas, e a desinformação se expande no mesmo ritmo que a produção de conteúdo. Deste modo, a desinformação é acelerada e perpetuada pela própria infodemia (OPAS; OMS, 2020).

Nessa pesquisa, se observa falas de algumas entrevistadas que remetem à infodemia:

[...] Tanto nas notícias por internet, a gente vê muito, como também na televisão e assim, nos noticiário né (Laura).

Bom, foi suficiente mas eu ainda pesquisei, entendeu, muitas informações pela internet, fui pesquisando pelos médicos, né, que são mais verídicas as respostas assim [...], porque tem pessoas que colocam né, na internet, mensagens disso daquilo, [...] eu só procurava informações sobre, desse assunto, com os médicos, o que os médicos que estavam lidando como que teriam que fazer esse tipo de coisa (Joana).

No cenário atual, Delgado *et al.* (2021) destacam que há um impasse a ser considerado, em que os meios de comunicação têm relevante papel na disseminação de informações para a população e na possibilidade de conexão social, ao passo que podem intensificar o isolamento, exposição exacerbada as mídias sociais e submissão aos efeitos da infodemia.

Quanto às repercussões na saúde mental dos indivíduos, vemos o impacto da infodemia no depoimento a seguir:

Toda vida quando falou, quando começou logo a sair, eu fiquei preocupada, eu não vou dizer a você que eu não fiquei preocupada. Porque a gente via tanta morte! Num era nem tanto aqui, como a gente quando ligava a televisão, né. A gente via muita morte e eu dizia “João (marido), meu amigo, pelo amor de Deus, não ligue a televisão que você só liga pra ver morte. Bote na missa!”. Eu chamava muito a atenção dele pra ele colocar na missa, que era pra modo de que aquilo eu não fosse encucando as coisas na cabeça (Suellen).

A ansiedade, a depressão e o estresse estão bem presentes quando se aborda as repercussões da infodemia na saúde mental de adultos e idosos. Os adultos jovens e o sexo feminino são os grupos de maior suscetibilidade (DELGADO *et al.*, 2021).

Nos depoimentos, é possível identificar informações disseminadas entre a própria comunidade, como os relatos a seguir:

[...] eu ouvi muita conversa, assim, né, tipo assim, é, que combate o coronavírus, tipo é, os chás né, a pessoa tomar chá, [...] eu vi também falar assim, tomar vinagre, fazer vinagre, né, essas coisas [...] (Joana).

É, é chá caseiro que o povo ensinava, eu tomei aquele remédio mais ele, que toma 3 de uma vez só, eu tomava, ele tomou, nós se preveniu bem (Josefa).

No âmbito municipal, o enfrentamento da pandemia corrobora uma educação em saúde que necessita de diversas estratégias para alcance do objetivo, entre as quais se encontra a transposição de barreiras culturais e sociais que exercem influência nas escolhas individuais (DIAS; RIBEIRO, 2020). Ao partir do pressuposto que a educação em saúde deve ser realizada com a participação das pessoas de modo construtivo, outro ponto importante de análise e debate é a produção do conhecimento de modo verticalizado, unilateral, com pouca ou nenhuma participação da população (NEVES, *et al.*, 2021).

Mediante o exposto, a educação em saúde não deve ser desenvolvida sob a perspectiva meramente prescritiva quanto a mudanças de hábito e atitudes, sendo recomendada a utilização de estratégias de comunicação culturalmente acessíveis por meio de orientações tangíveis a todas as camadas sociais (MACIEL *et al.*, 2020). Outrossim, Garcia e Duarte (2020) alertam que a qualidade das informações deve ser priorizada em detrimento da quantidade, isto é, as pessoas devem ser orientadas quanto à fonte e veracidade das informações.

3.3. DIFICULDADES DE ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

Em uma revisão integrativa realizada em 2020, foi apontada a resistência à adesão as medidas preventivas pela população como um desafio enfrentado na pandemia (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021). O fato de haver ausência de adoção de medidas dialogando com recomendações dos órgãos de saúde nacionais e internacionais acarreta o descrédito e a relutância em adesão da população ao preconizado pelos profissionais das equipes de saúde da família (DIAS; RIBEIRO, 2020).

Dentre as informações recebidas, as entrevistadas citaram cinco orientações que foram mais difíceis de realizar. Citou-se o isolamento social/distanciamento social, uso de máscara, lavagem das mãos, higiene da casa e limpeza dos alimentos. O isolamento/distanciamento social foi a que teve maior número de citações, sendo seis no total, e a máscara, a segunda, sendo citada por quatro participantes.

[...] porque a gente ficava mais presa, né, eu mesmo assim às vezes eu ficava agoniada de ir pra Igreja e tudo, aí foi quando teve aquele, o determinado, o, que colocou né, pra abrir né, as Igreja, né, eu achei muito bom né, pelo menos vou voltar pra ir pra Igreja, né, aí foi bom. Agora, foi ruim isso né, que a gente ficou mais presa em casa, entendeu? Mas sempre quando tinha um jeitinho eu dava uma escapulidinha, né [...] (Cristiane).

Mais difícil? (pequena pausa) A máscara né? Porque incomoda, quando nós sai assim no sol incomoda. Mas, mas, eu usei e ainda uso. Não uso dentro de casa, mas quando saio eu uso (Josefa).

Apenas uma referiu não achar nenhuma orientação complicada, como vemos a seguir:

Pra falar a verdade nenhuma, porque pra mim todas foram fácil, porque lavar as mãos, evitar pessoas perto e outras coisas, pra mim todas num foram difícil e eu faço todas elas (Ana).

Porém, no início da entrevista, quando questionada como estava lidando com o enfrentamento da pandemia, a resposta foi a seguinte:

Aqui em casa sou eu só, então como é que eu estou lidando com a pandemia é com a falta de tudo né, com a falta de dar um abraço num filho, com falta de conversar com meus amigos, muitas coisas, muitas coisas (Ana).

As respostas acima corroboram o questionamento final, no qual a maioria referiu o isolamento/distanciamento social como um aspecto que afetou a vida após o surgimento da pandemia:

Ficar dentro de casa é estressante, né, não pode assim dá muito, quem sempre gostava de sair finais de semana, visitar aí os parentes, né, que moram distante, e a gente agora teve que parar, deixar passar mais pra poder retornar a visitar os familiares [...] O que deixou a gente mais distante da família (Paula).

Ah mudou muito porque nossa liberdade né, mudou muito [...] porque a gente sempre vivia ali tudo junto, né, e agora não, a gente tem que andar separados, tem que usar máscara (Isa).

Em estudo realizado para caracterizar as medidas de distanciamento social implantado pelas Unidades Federativas (UF) brasileiras, identificou-se que tais medidas foram estabelecidas amplamente e de modo precoce na maioria das UF (SILVA, *et al.*, 2020). O distanciamento social está associado ao adoecimento e surgimento de transtornos mentais, podendo tender a suicídio. O panorama abordado na literatura correlata demonstra a intensificação de sintomas de depressão, ansiedade e sentimentos de medo e solidão, e os impactos disso podem se estender por um longo prazo. Deste modo, é consenso a importância de uma maior atenção à saúde mental (SOCCOL; SILVEIRA, 2020).

Entre as entrevistadas, encontramos também a dificuldade de adesão familiar, com relato de membro da família que não aderiu as medidas de proteção, e isso é associado ao contágio de todo núcleo familiar:

A minha filha tudo bem, mas o meu esposo foi difícil seguir, foi difícil mesmo ele seguir todos os protocolos de higiene, de tudo, de afastamento, de tudo. Pela ignorância, sabe, mas eu e a minha filha mantinha tudo isso. Mas assim, eu acho assim, que se todos não contribuir, não adiantava nada, porque eu contrai a COVID dentro da minha casa, não foi na rua, foi dentro da minha casa (chora), meu esposo pegou, passou pra mim e passou pra minha filha. Que a gente não tá livre de pegar, mas eu acho assim, que se ele tivesse se prevenido, poderia até ter evitado (Helena).

Quanto ao uso de máscara, estudos disponíveis revelam variabilidade quanto à adesão da população relacionado ao uso delas para prevenção e controle da COVID-19. Na literatura encontra-se evidência que o uso da máscara incomoda, por estar relacionada à sensação de prisão, falta de ar, óculos embaçando, entre outros. Em outro estudo a falta de adesão foi observada em locais públicos, onde a maioria das lojas permitiam a entrada de clientes sem a proteção. Entretanto, a população maior de 18 anos acredita na eficácia do uso da máscara para prevenção contra a COVID-19 (COSTA, *et al*, 2022).

Usar máscara [...] porque como a gente tem pessoas que tem problema né, de respiração, pra se adaptar foi difícil, que nem meu menino mesmo, ele tem problema de alergia e ele quando usa fica sufocado (Paula).

O que eu venho observando, no começo da pandemia, o esquema que eles adotaram, por exemplo do município, né, que eu vivo [...] foi bom, todo mundo usando máscara, [...] todo mundo preservando distanciamento. Só que, com um ano de pandemia [...] as pessoas nas ruas começaram a relaxar, as pessoas tão entrando em supermercados, em lojas, [...] em padarias que eu já vi, sem máscara. Quer dizer, as pessoas entre aspas estão começando a relaxar e o problema tá aí, entendeu (Joana).

3.4. VULNERABILIDADE SOCIAL E PANDEMIA

O indicativo de paralização econômica pode ser encontrado no depoimento de algumas entrevistadas, conforme a seguir:

Mulher mudou muita coisa [...] porque [...] parei mais um pouco em casa, sem sair. Eu praticamente parei de trabalhar, assim, que eu trabalho com coisa de artesanato, essas coisa né, tô trabalhando em casa (Joselita).

[...] eu nunca pensei na minha vida passar por isso, né, ninguém né, praticamente né. Ninguém nunca esperou, porque em questão do meu trabalho eu fiquei muito desesperada, não vou mentir, porque você passar o ponto de você chega um final de semana que é [...] os dias que você faz o seu trocadinho e passar o ponto de passar dois às vezes quase três meses sem chegar ninguém na sua porta, né, e você que vive disso ficar desesperado porque você tem que botar o seu ganha pão dentro de casa e não ter, nem de onde tirar? Foi muito complicado! (Betânia)

No relato de uma das entrevistadas, é possível visualizar a repercussão do distanciamento social na renda familiar — a dificuldade para garantir o sustento da família, ao passo de haver o medo e receio de trazer para o núcleo familiar a doença:

[Marido] trabalha como pintor. Que foi meio complicado também pra ele. Meio não, muito complicado, porque ninguém vai querer né, certo que era ajeitar as casas, mas como é que a pessoa vai querer uma pessoa se você não sabe se vem com coronavírus, se vai pra sua família né, ser prejudicado e as vezes, como ele mesmo né, ele pegou né, e não sabia, né, e ele pegou de uma pessoa, de uma casa de uma pessoa que foi chamado pra pintar e a pessoa com falta de consciência, por falta de consciência não avisou a ele que a esposa e o filho estava. Trouxe pra casa, me prejudicou, a sorte foi que quando ele sentiu, a gente já levou o meu filho pra casa da tia e ele ficou lá o tempo todo e a gente ficou aqui em casa [...] (Betânia).

É emprego, [...] eu como no caso que trabalho em casa de família quero trabalhar, mas ninguém aceita já por causa dessa pandemia mesmo, né, olha é tanta da coisa que a gente sente falta [...] (Ana).

As UFs implementaram a paralização econômica de modo precoce, sendo estabelecido em 67% das unidades anteriormente ao décimo caso de COVID-19 e em 89% antes do primeiro óbito (SILVA, *et al.*, 2020). Impactos na renda da população advindos do isolamento social podem auxiliar na justificativa à falta de adesão à prática desse isolamento. A perda financeira é um fator de risco associado a sintomas de distúrbios psicológicos que podem durar muito tempo. As populações mais pobres são as que mais recebem os impactos negativos do isolamento, principalmente em relação à renda (BEZERRA, *et al.*, 2020).

O descaso dos gestores é evidenciado pela maioria das entrevistadas, em que a falta de assistência e o agravamento das desigualdades sociais são encontrados na fala de duas:

[...] tem muita gente carente, muita gente que não tem condições. Agora recente mesmo, meu marido tá fazendo um serviço ali numa rua ali e ele disse “[...] é demais a pobreza”, sabe. E o povo se vê pobre, que não tem condições, aí, como é que você vai se limpar, né, ter a higiene, se você não tem condições de comprar as coisas? [...] Eu acho que eles deviam olhar muito pra esse lado, o lado da pobreza, a falta de remédio (Suellen).

O presidente, o que faltou? Ele também olhar mais pra pobreza, né, pobreza tá se acabando de fome minha gente, tá morrendo. Aqui [...] mesmo, na minha comunidade aqui, aqui tem gente que passa fome. Tem gente que passa fome, né brincadeira não. E esse homem não faz nada? (Ana)

Com a pandemia da COVID-19, tem-se maior evidência sobre as desigualdades sociais já existentes e as populações vulnerabilizadas são bastante afetadas negativamente (BUENO, SOUTO E MOTTA, 2021). As pessoas vulnerabilizadas se tornam mais propensas à experiência do sofrimento psíquico e são necessários projetos e construções intersetoriais com o objetivo do cuidado amplo, coletivo e efetivo, articulando políticas de saúde, planejamento urbano, assistência social etc. (SCHMIDT, *et al.*, 2021).

O agravamento das vulnerabilidades sociais inibe a adesão às medidas preventivas e educativas em saúde. Durante as atividades de educação em saúde, devem ser consideradas as condições de vida das pessoas de acordo com a realidade vivenciada, ou seja, as ações englobam

mais do que prescrições de hábitos e comportamentos visto como saudáveis (NEVES, *et al.*, 2021).

3.5. POTENCIALIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19

Com a finalidade de orientação da população e sensibilização quanto às medidas de diminuição do contágio, a educação em saúde teve papel primordial, sendo uma atividade mencionada em todos os artigos analisados por Geraldo, Farias e Sousa (2021), em uma revisão integrativa sobre a atuação da APS no Brasil no contexto da pandemia.

Os dados analisados permitiram a subdivisão dessa categoria em duas outras: atuação estratégias do ACS e rede de apoio comunitário.

3.6. ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DO ACS

As atividades na APS de mitigação da COVID-19 envolvem notificação de casos, detecção e acompanhamento, isolamento domiciliar desses casos e quarentena dos contatos. O ACS tem função primordial, uma vez que pode incentivar o isolamento social, mobilizando lideranças, recursos locais, divulgação de informações e realização de medidas concretas. A literatura tem demonstrado a importância do ACS na conscientização da população, divulgação das informações corretas e apoio as ações educativas (MEDINA, *et al.*, 2020).

As entrevistadas, quando indagadas se receberam algum cuidado ou orientação dos serviços de saúde, em sua maioria, identificaram o ACS e a orientação recebida por eles. Entre as que identificaram o ACS, majoritariamente apenas indicaram esse profissional ao responder o questionamento, sem mencionar os demais profissionais e serviços.

Sim. A minha agente de saúde, minha filha ela é excelente! Tinha que ter várias dela. Ela todo dia passava “ói, vamo se prevenir”, “cadê a máscara?” [...] Ela sempre falava “use a máscara, o álcool em gel”, puxava mesmo, não podia me ver sem máscara, que “ei, psiu, cadê a máscara?” (Paula)

[...] as agentes de saúde conversavam muito com a gente, explicava o que tinha que ser feito, né, e muita gente deixou a desejar, em refém de se prevenir, porque falta de, como é o nome, de, de, de indicar né, de indicações para se prevenir não faltou (Betânia)

Recebemos, eu recebi aqui em casa. Da [...] agente de saúde [...] gosto muito dela, ela faz o trabalho dela muito bom. Os cuidados era fica em casa, [...] ter os cuidados, manter a casa limpa, aí sempre perguntava se eu tomava, se eu já tinha tomado a vacina, já, tomei a primeira, falto tomar a segunda. Ela é ótima, ela é ótima, o trabalho dela tá legal (Cristiane).

O ACS é um dos principais profissionais da APS capazes de reconhecerem as demandas e necessidades do território. O seu processo de trabalho envolve vínculo, contato e os atributos derivados da APS — competência cultural e orientação comunitária, e a pandemia demandou

reorganização desse processo. Deste modo, o objeto de trabalho passa a incluir as novas demandas da emergência de saúde pública, requerendo, para tanto, aquisição de saberes, aperfeiçoamento de práticas e utilização de novas ferramentas de tecnologia da informação (MACIEL, *et al.*, 2020).

Em levantamento bibliográfico realizado por Maciel *et al.* (2020), as atividades do ACS no contexto pandêmico envolvem, entre outras, mapeamento de usuários de maior risco, acionamento de rede de apoio, controle de novos casos, rastreamento de contatos, além de atividades desenvolvidas no âmbito da UBS. Assim sendo, a atuação do ACS na comunidade favorece a construção de vínculo e confiança no sistema de saúde.

Profissionais de saúde que estão na linha de frente também apresentaram medos e receios relacionados à pandemia. Uma entrevistada era agente comunitária de saúde e deixa transparecer como foi afetada a sua saúde mental e as principais implicações:

Ah, mudou tudo. Eu tive depressão, tive, é, um medo voltou, o medo de sair na rua, o medo de visitar meu pai que é idoso, entendeu. Mudou muita coisa. É, eu nunca pensei de tá, perdi 20kg com problema de nervos, entendeu. Tomo 03 tipos de medicação para melhorar os meus nervos, que eu fiquei muito abalada, ainda fico, entendeu (Joana).

Nas falas da mesma entrevistada, também se nota a presença de crenças pessoais e infodemia:

[...] eu ouvi muita conversa, assim, né, tipo assim, é, que combate o coronavírus, tipo é, os chás né, a pessoa tomar chá, [...] tomar vinagre, [...] essas coisas [...] eu não sigo essas coisas, eu sou mais de orientação que você tem que tá com a imunidade alta, pra mim a minha orientação maior foi essa. Então assim, como eu já tomava medicamento, eu passei pra meu filho e meu marido também, passar a tomar a mesma medicação ... (Joana).

Neves *et al.* (2021) encontraram na literatura evidência de que as emoções são afetadas por condições de trabalho precárias, principalmente daqueles que estão na linha de frente, como ocorre com os profissionais de saúde que lidam com os cuidados aos que adquiriram a doença e com realização de ações de educação em saúde da população. As estratégias de educação em saúde devem alcançar crenças pessoais e visão de mundo, as quais são influenciadas por fatores históricos, culturais e sociais e um dos diferenciais do trabalho do ACS é a competência cultural que dialoga com a comunidade (MACIEL, *et al.*, 2020). Entre as recomendações para a reorganização do trabalho do ACS em situação de emergência de saúde pública, Maciel *et al.*, (2020) ponderam sobre a necessidade de apoio psicológico ao ACS e sua família.

3.7. REDE DE APOIO COMUNITÁRIO

É isso mesmo, usar máscara sempre uma gritar com a outra: “olhe vai saindo esqueceu a máscara”, [...] “vai levando o álcool gel?”, [...] “mulher, lembre do álcool gel”, “eita, esqueci”, são essas coisas. Uma grita pra outra: “ói vai saindo sem máscara”, “eita”, e volta pra casa com máscara, pra pegar a máscara (Ana)

[...] a vizinha aí de frente reclamava sempre do marido, [...] tem idoso que é teimoso né, sempre não quer tá em casa, né, mas sempre eu conversava com ele, vizinho fica em casa, né, o senhor não pode sair assim, mas... É os cuidados né, que a gente tem e também pra alertar os vizinhos né.. (Cristiane).

Observando as afirmações que algumas participantes fizeram ao serem questionadas sobre as medidas adotadas na comunidade que consideravam importantes para a manutenção da saúde na pandemia, verifica-se uma rede de apoio estabelecida no território. A comunidade propagou medidas de prevenção contra a COVID-19, alertando entre si com relação as orientações a serem seguidas, como o uso de máscara, álcool gel, ficar em casa.

Ao se trabalhar conceito de educação em saúde, surgem reflexões de como levar a teoria à prática nos mais variados contextos vivenciados pelos profissionais de saúde, incluindo a APS. Outro ponto de reflexão é o envolvimento do coletivo nas práticas de cuidado. Na pandemia, a dificuldade de envolvimento do coletivo, ou de uma parcela desse coletivo, na adoção das práticas de prevenção, é uma constante (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020). Portanto, esse tipo de rede de apoio pode ser um recurso a ser considerado que pode favorecer as ações educativas em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde tem um papel muito importante nas ações de enfrentamento sanitário à COVID-19. Orientar uma população de diversas realidades, com diferentes concepções e visões de mundo, representou um grande desafio aos profissionais de saúde, à proporção que esses profissionais também encaravam medos de contágio, do desenvolvimento e do curso da doença e de transmitir para familiares e amigos.

Neste recorte, foi possível refletir sobre esses desafios e as potencialidades a serem consideradas na educação em saúde. A infodemia, dificuldade de adesão as medidas de proteção e a vulnerabilidade social são nós críticos encarados diuturnamente na vivência da APS. Porém, a atuação estratégica do ACS e a rede de apoio comunitária são pontos que fortalecem as ações educativas.

É primordial trabalhar em construção coletiva com os usuários, com informações claras, precisas, que considerem os sentimentos e crenças, que sejam culturalmente acessíveis e com a finalidade de despertar o interesse do autocuidado e do cuidado familiar e coletivo. Para esse

propósito, é substancialmente imprescindível a educação e qualificação constante dos profissionais da APS e apoio psicológico para eles, em conjunto com o envolvimento dos gestores locais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. S.; SANTOS, A. L. P.; FIGUEIREDO, M. P. S.; *et al.* Interiorização da COVID-19: uma análise da evolução dos casos/10 mil habitantes em município da Microrregião de Garanhuns no Estado de Pernambuco, através de modelos de Regressão não linear. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e549108241, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, 2011.

BEZERRA, A. C. V.; SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R. G. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Supl.1, p. 2411-2421, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov/index.xhtml>. Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. versão 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: nov. 2021.

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., *et al.* (orgs). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021. Informação para ação na Covid-19 series.

COSTA, B. C. P.; FERNANDES, A. C. N. L.; COSTA, D. A. V. *et al.* Adesão da população ao uso de máscaras para prevenção e controle da COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e59311427831, 2022.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCIA, R.; *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e00104120, 2020.

DELGADO, C. E.; SILVA, E. A.; CASTRO, E. A. B.; *et al.* Infodemia de COVID-19 e saúde mental de adultos e idosos: uma revisão de escopo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 55, e20210170, 2021.

DIAS E.G.; RIBEIRO D. R. S. V. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. **J. Nurs. Health**. v. 10, n.esp., e20104020, 2020.

FERNANDEZ, M. V.; CASTRO, D. M.; FERNANDES, L. M.; *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

GARCIA, L. P. DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, p. e2020186, 2020.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S. J. M.; SOUSA, F. O. S. A atuação da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e42010817359, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (Brasil). **Censos Demográficos**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - (IBGE). **Cadastro Central de Empresas 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/neopolis/panorama>. Acesso em: nov. 2021.

MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L.; CORREIA, D. S.; *et al.* Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19: análise dos planos de contingência do Nordeste. **Revista Portal Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p. 1286-1298, 2020.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P. C.; CARNEIRO, R. A. S.; Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Supl.2, p. 4185-4195, 2020.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MENDONÇA, M. H. M. M; GONDIM, R; MATTA, G. C.; *et al.* Introdução: Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. M; MATTA, G. C.;

GONDIM, R; *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2018.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa**: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NEVES, V.N.S.; ALVES, K. N.; PINHEIRO, L. H. F.; *et al.* Educação em saúde durante a pandemia da COVID-19: o que consta no Portal da CAPES. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e311101220360, 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. esp, p. 158-64, 2013.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **COVID-19 Manejo Clínico**: Orientação dinâmica 25 de janeiro de 2021. Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde; OMS - Organização Mundial da Saúde. Repositório Institucional para Troca de Informações – Iris. **Fichas Informativas COVID-19:** entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Brasília: Organização Pan-

Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale-attribute=pt>. Acesso em: jun. 2022.

PALÁCIO, M. A. V. TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância em Saúde em Debate**, v. 8, n. 2, p. 10-15, INCQS-FIOCRUZ, 2020.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F; *et al.* Qual papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

SCHMIDT, B.; NOAL, D.S.; MELO B. D.; *et. al.* Saúde Mental e Atenção Psicossocial a Grupos Populacionais Vulneráveis por Processos de Exclusão Social na Pandemia de Covid-19. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., *et. al.* (orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil:** populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021. Informação para ação na Covid-19 series.

SERGIPE, Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://todoscontraocorona.net.br>. Acesso em: nov. 2021.

SILVA, L. L. S.; LIMA, A. F. R.; POLLI, D. A.; *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.9, e00185020, 2020.

SOCOL K. L. S; SILVEIRA A. Impactos do distanciamento social na saúde mental: estratégias para a prevenção do suicídio. **J. Nurs. Health.**, v. 10, n.esp., e20104033, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

CAPÍTULO XIV

MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19: UM PRODUTO TÉCNICO

DOI: 10.51859/AMPLA.APS263.1123-14

Douglas Smith Ferreira dos Santos
Milena Queiroz Dourado
Daiana Evangelista Rodrigues
Marina Gomes Martellet
Elizeth Gomes Pinto

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, tem como objetivo coordenar as ações de imunização no território nacional, a fim de reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, sendo assim responsável por definir a política de vacinação do país. O PNI é considerado um dos maiores programas de vacinação do mundo, reconhecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como referência mundial (BRASIL, 2022).

A prevenção de doenças transmissíveis mediante a vacinação é considerada um dos maiores sucessos em saúde pública, além de ser uma das medidas mais seguras para os sistemas de saúde. A vacinação em massa, respeitando-se os calendários definidos, tem evitado milhões de óbitos e incapacidades ao longo da história, controlando a evolução de várias doenças (FIOCRUZ, 2022).

No atual contexto da pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-Cov-2, a vacinação se apresenta como a melhor opção para proteger as pessoas da COVID-19 e para, com o tempo, suspender as restrições contingenciais à sociedade para manter a população segura (STEVANIN, 2020). Dessa forma, a sensibilização da população sobre a segurança, eficácia, potenciais riscos e benefícios das vacinas revela-se fundamental neste momento.

Sendo assim, no sentido de ampliar a oferta da vacina contra a COVID-19 à população brasileira, em 18 de novembro de 2021, através da Portaria nº 193, foi determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o abastecimento de todas as salas de vacinas municipais com vacina para a COVID-19, ou seja, a campanha de vacinação foi descentralizada, ficando a cargo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL 2021).

Para operacionalizar esse processo, a Divisão de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho/RO elaborou o presente manual, em parceria com residentes integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia (Resmuf), que desenvolviam suas atividades nesta divisão. A confecção desse manual buscou contribuir com a instrumentalização qualificada de todos os profissionais para a vacinação contra a COVID-19.

Portanto, este documento enfoca as competências dos profissionais envolvidos na vacinação, as estratégias para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 e noções básicas sobre as vacinas disponíveis, bem como orientações importantes para um processo seguro de vacinação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pandemia da COVID-19 é considerada a maior pandemia da história recente da humanidade. A COVID-19 é uma doença infecciosa, provocada pelo SARS-CoV-2, agente causador de doença respiratória, que varia de doença leve à grave, podendo ocasionar a morte. Sua transmissão ocorre principalmente pelo contato com gotículas respiratórias de pessoas contaminadas (WHO, 2020a).

O SARS-CoV-2 foi identificado pela primeira vez em Wuhan (China), em 2019, e pela sua alta taxa de transmissibilidade, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional, em decorrência do surto em curso. Em 11 de março de 2020, foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (WHO, 2020b). Em pouco tempo, a COVID-19 afetou diversos países, deixando um rastro de pessoas doentes e óbitos, e por consequência, superlotando e sobrecarregando os sistemas de saúde.

Nesse sentido, com o objetivo de mitigar os impactos devastadores da pandemia, diversos países e farmacêuticas empenharam-se no desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes contra a COVID-19, com o objetivo de diminuir o risco de contágio, o surgimento de novas variáveis do vírus, evitar casos graves, internações e o óbito pela COVID-19 (BRASIL, 2022).

Para viabilizar e disponibilizar à população brasileira acesso a vacinas como medida adicional na prevenção contra a COVID-19 em conformidade com o registro e licenciamento destas, em 17 de janeiro de 2021, a ANVISA autorizou para uso emergencial as vacinas contra COVID-19 dos laboratórios Sinovac/Instituto Butantan e AstraZeneca/Fiocruz. No dia 18 de janeiro de 2021, iniciou-se a campanha de vacinação contra a COVID-19 no país (BRASIL, 2022).

Posterior a isto, em 23 de fevereiro de 2021, a ANVISA concedeu registro definitivo no Brasil da vacina Pfizer/Wyeth, e, em 12 de março de 2021, da vacina AstraZeneca/Fiocruz. Em 31 de março de 2021, foi autorizada para uso emergencial a vacina Janssen (BRASIL, 2022).

De forma complementar com o objetivo de estabelecer ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI), apresentaram o Plano Nacional de Operacionalização de vacinação contra a COVID-19 (PNO), visando instrumentalizar os estados e municípios para a imunização contra a COVID-19. O PNO foi elaborado em consonância com as orientações da OMS, OPAS e bulas dos imunobiológicos, entretanto, as informações contidas no plano foram constantemente atualizadas conforme surgiam novas evidências, novas informações sobre as vacinas, mudanças no cenário epidemiológico e licenciamento e aquisição dos imunizantes (BRASIL, 2022).

A campanha de vacinação foi evoluindo progressivamente e, neste processo, o PNO passou por diversas atualizações, em que foram publicadas várias edições, diversos informes e notas técnicas norteadoras sobre a vacinação. Com a determinação da ANVISA, em 18 de novembro de 2021, estabelecendo o abastecimento de todas as salas de vacinas no município com a vacina do COVID-19, descentralização a vacinação para todas as UBS, houve a necessidade de qualificação da equipe de enfermagem e dos profissionais de saúde para executarem a vacinação de forma eficaz e segura, além de definir uma estratégia de comunicação efetiva para conscientizar a população e enfrentar as *fake news*, visto a conjuntura da desinformação acerca da vacina. Nesse sentido, o manual municipal de vacinação teve um papel importante, a fim de instrumentalizar os profissionais de saúde com todas as evidências científicas até então publicadas, de forma resumida, clara e didática.

3. METODOLOGIA

Este manual de vacinação foi elaborado com embasamento majoritário nos informes e notas técnicas do Ministério da Saúde sobre a vacinação contra o SARS-Cov-2, assim como pelas bulas dos imunobiológicos disponíveis para a vacinação. Além disso, foram consultadas outras fontes, como o manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação, o programa nacional de imunização e portarias da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia.

Esse manual tem como público-alvo todos os profissionais e trabalhadores da saúde envolvidos na vacinação em massa contra a COVID-19, em especial a equipe de enfermagem e os profissionais de saúde das UBS, a fim de que tenham conhecimento para que sejam capazes

de planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar todo o processo de vacinação, além de despertarem a sensibilização da população sobre os benefícios da vacina.

Para além disso, o manual objetiva fornecer informações técnicas acerca do manejo e protocolos de uso dos imunobiológicos, bem como suas particularidades; orientar acerca dos efeitos adversos, questões de intercambialidade entre vacinas e aprazamentos corretos de acordo com a legislação vigente; orientar acerca da operacionalização do Sistema Nacional de Imunização no registro das vacinas contra a COVID-19, lançamento de notas, movimentação de imunobiológico e preenchimento do cartão usuário; e orientar acerca do preenchimento correto do relatório de produção diária, bem como o fluxo de solicitação de doses de reposição para a Rede de Frio Estadual/Municipal.

O manual foi elaborado com todas as informações necessárias para o pleno funcionamento da vacinação de forma correta e responsável, com uso de linguagem simples e didática, com exemplificações e imagens de passo a passo, além de abordar as principais dúvidas em relação à imunização e a sua operacionalização.

Estiveram envolvidos em sua produção profissionais de saúde servidores da divisão de imunização e os residentes de saúde da família que atuavam na divisão. O manual, ao fim, passou por revisão técnica para posterior publicação no site oficial da prefeitura de Porto Velho.

4. RESULTADOS

Após o planejamento traçado através de encontros mediados por discussões envolvendo toda a equipe técnica, observou-se que o momento era emergente, visto a necessidade de instrumentalização eficiente dos profissionais *in loco* para operacionalizar os pontos de vacinação e melhor orientar a população acerca da vacinação para o SARS-COV-2.

Cabe salientar que, apesar da contribuição positiva do Plano Nacional de Operacionalização da COVID-19 fornecido pelo MS, este fundamentou a delimitação dos grupos prioritários, bem como as ferramentas de caracterização de cada um, porém, conforme a distribuição nacional de doses com base populacional de cada estado/município, o MS não acompanhou logisticamente de maneira concomitante todos os estados devido à discrepância habitacional e pluralidade territorial, o que delineou a notoriedade do presente manual municipal.

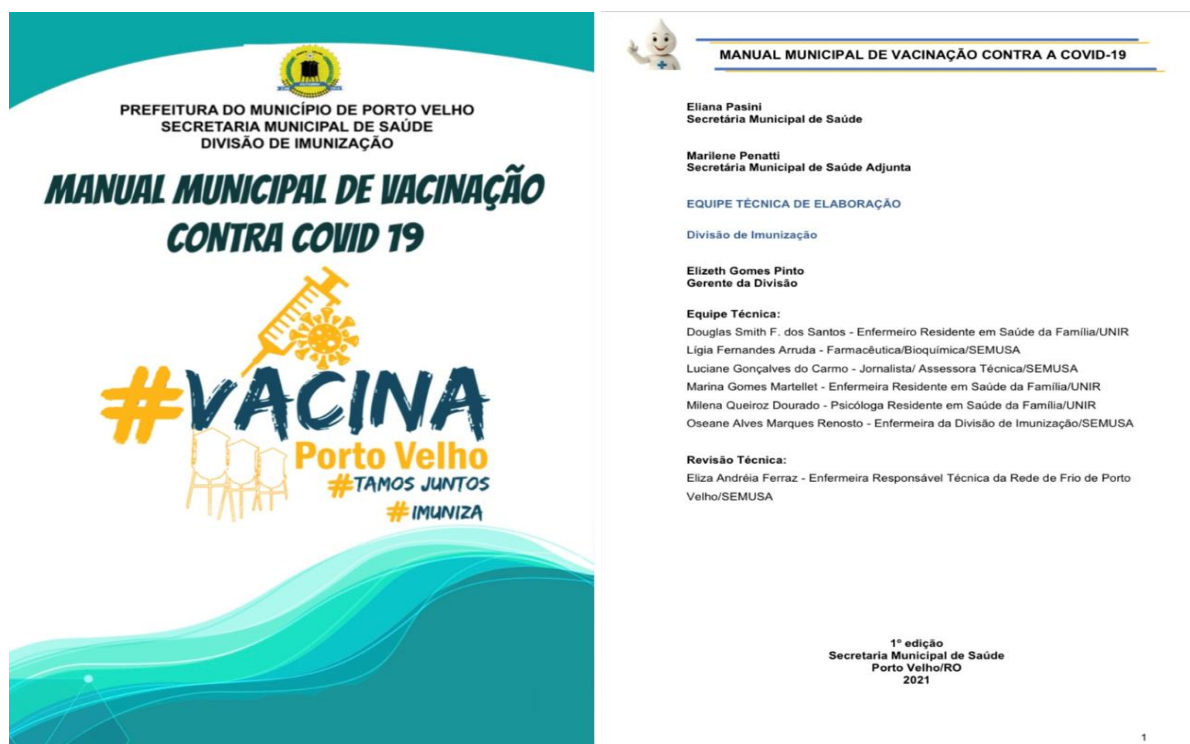
Conforme a necessidade da divisão de imunização municipal e a conjuntura eminente da desinformação acerca da vacina, buscou-se realizar um levantamento fidedigno dos informes e notas técnicas do MS para a seleção das informações que fossem compor o manual em sua

versão final, levando em consideração o critério de escolha para a melhor tradução dos informes por parte dos profissionais.

Para o início do processo de confecção do manual, foi necessária a seleção e filtragem para seguir o objetivo principal na veiculação da informação. Ele segue uma sequência lógica quanto à distribuição das informações de cada imunobiológico vigente na cobertura vacinal contra a COVID-19.

O manual contém as principais particularidades de cada um dos quatro imunobiológicos autorizados no âmbito nacional após aval da ANVISA em consonância com a CGPNI e Secretaria Extraordinária de Enfrentamento a COVID-19 (SEEC) do MS, sendo eles Coronavac (Sinovac/Instituto Butantan), Astrazeneca/Fiocruz, Pfizer (Wyeth Comirnaty) e Janssen (Jhonson&J). Segue na Figura 1 o produto:

Figura 1 – Manual Municipal de Vacinação de Porto-Velho/RO.



Fonte: Os autores.

Cada vacina foi descrita no manual de maneira a facilitar a compreensão do leitor, utilizando-se de uma linguagem que pudesse garantir a comunicação sem ruídos por meio de quadros, tabelas, organogramas, tópicos de atenção, lembretes para a leitura rápida e logística do trabalho, conforme exemplificação das Figuras 2 e 3.

Figura 2 – Informações sobre as vacinas e categorização

2 INFORMAÇÕES SOBRE AS VACINAS CONTRA COVID-19 DISTRIBUÍDAS PARA USO NO BRASIL NA ATUALIDADE



MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19



Fonte: google imagens

2.1 Coronavac - Sinovac/ Instituto Butantan

É uma vacina contendo antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2. Cada dose de 0,5mL contém 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2. Sua eficácia foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 a 4 semanas. Este imunizante não está autorizado pela ANVISA para uso em população abaixo de 18 anos.

Tabela 1 - Informações Técnicas para o Manejo do Imunobiológico Coronavac

VACINA CORONAVAC	
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola, multidose 10 doses ou Frascos-ampola, unidose.
Via de administração	IM (intramuscular) Região do Deltóide.
Volume para 1 Dose	0,5mL
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,5mL, intervalo entre doses de 28 dias.
Prazo de validade e conservação	12 meses, se conservado entre 2°C e 8°C

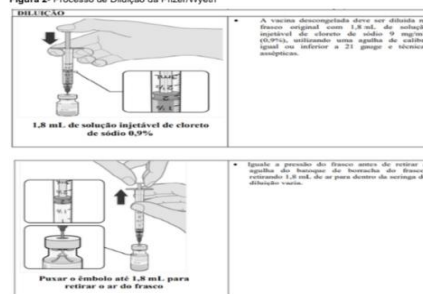
2.3.1 Processo de Diluição

A estabilidade química e física, incluindo o transporte, foi demonstrada durante 6 horas a uma temperatura entre 2°C e 8°C após diluição em solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%). Do ponto de vista microbiológico, a vacina deve ser utilizada imediatamente.

- O produto diluído não utilizado no período de 6 horas deverá ser descartado;
- Número do lote, data de fabricação e validade congelada: Vide embalagem;
- Não use o imunizante com o prazo de validade vencido, tanto do descongelamento quanto do frasco ampola.

LEMBRETE: A vacina da Pfizer possui duas datas de VALIDADE, uma expressa no frasco ampola e outra a partir do seu descongelamento (30 dias). PRIORIZAR a data do descongelamento que está descrito na embalagem distribuída para as unidades de saúde.

Figura 2- Processo de Diluição da Pfizer/Wyeth



Fonte: Os autores.

Figura 3 – Apresentação sobre o processo de trabalho vigente



MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Dose	0,5mL
Via de administração	IM (intramuscular) região do Deltóide
Esquema vacinal/intervalos	Dose única de 0,5mL
Prazo de validade e conservação	4,5 meses à temperatura de +2°C a +8°C (atualização em 14/06/2021); 24 meses a temperatura de -25°C a -15°C. Após descongelada, não recongelar.
Validade após abertura do frasco	6 horas após a abertura do frasco em temperatura de 2°C a 8°C

Fonte: Bula da vacina/Janssen.

3 PAINEL INFORMATIVO SOBRE AS VACINAS CONTRA A COVID 19

Quadro 1- Guia Rápido para a visualização dos imunobiológicos

	CORONAVAC	ASTRAZENECA/ FIOCRUZ	PFIZER/ COMIRNARTY	JANSEN
APRESENTAÇÃO	Frasco de 10 doses	Frasco de 5 doses	Frasco com 6 doses	Frasco com 5 doses
VALIDADE PÓS ABERTO	8 horas	48 horas	6 horas	6 horas
APLICAÇÃO	0,5 ml	0,5 ml	0,5 ml	0,5 ml
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
TEMPERATURA DE CONSERVAÇÃO	2°C a 8°C	2°C a 8°C	2°C a 8°C após descongelada	2°C a 8°C após descongelada
DILUIÇÃO	Não é necessário	Não é necessário	Diluir em 1,8 ml de diluente, retirar 1,8 de ar e homogeneizar	Não é necessário
PRAZO ENTRE 1ª E 2ª DOSE	28 dias	28 dias	28 dias	28 dias
PÚBLICO ALVO	Acima de 18 anos completo	Acima de 18 anos completo	Acima de 12 anos completo	Acima de 18 anos completo

Fonte: Ministério da Saúde (2021).



MANUAL MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca).

Como uma melhor alternativa para a visualização, foi elaborado um esquema norteador para a logística de aplicação da Primeira, Segunda, Dose de Reforço e Dose Adicional.

Quadro 3- Esquema para a Logística de Atendimento ao público vacinável

ESQUEMA - VACINA COVID 19		
1ª DOSE	3ª DOSE	
População em Geral com idade de 12 anos + Registrar no SI-PNI → D1	POPULAÇÃO EM GERAL Registrar no SI-PNI → REF	IMUNOSSUPRIMIDOS Substituir Logo Múltiplo (13) Registrar no SI-PNI → DA
Imunizante de Preferência: Pfizer		
2ª DOSE	PRECISA TER 120 DIAS APÓS A 2ª DOSE	PRECISA TER 28 DIAS APÓS A 2ª DOSE
População em Geral com a 1ª dose aplicada com INTERVALO DE 28 DIAS Registrar no SI-PNI → D2		Independente do tipo de vacina D1 e D2 (Esquema vacinal)
CORONAVAC	ASTRAZENECA	PFIZER
	*CONFORME ITEM 3.3 QUADRO 2	*CONFORME ITEM 3.4 E QUADRO 2

Fonte: Divisão de Imunização/SEMUSA/PVH

6 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

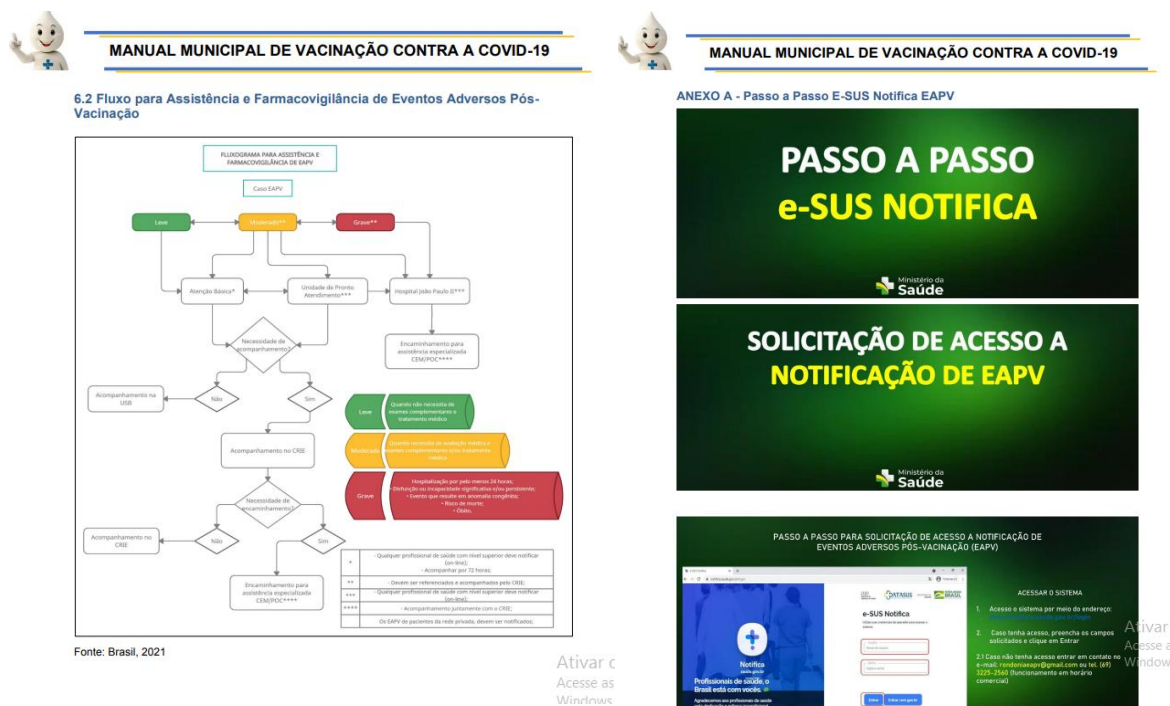
Frete à introdução de novas vacinas de forma mais ágil, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, pode haver um aumento no número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Um EAPV é considerado como todo e qualquer intercorrência médica indesejada após a administração de vacina, podendo ou não estar relacionada com o

Fonte: Os autores.

Além disso, é possível identificar facilmente o imunobiológico, suas principais características, logística de armazenamento, manuseio, via de administração e os aprazamentos vigentes. Outro tópico de extrema importância abordado no manual foi a identificação, notificação e farmacovigilância dos Eventos Adversos Pós-vacinação, o que foi oportunamente pontuado no manual, conforme a Figura 4:

Figura 4 – Fluxograma de notificação e orientações e-SUS Notifica



Fonte: Os autores.

A primeira edição do manual foi finalizada e revisada no segundo semestre de 2021, após garantir que todas as informações contidas nele iriam possibilitar positivamente o melhor funcionamento dos pontos de vacinação espalhados pelo município de Porto Velho/RO. Sendo assim, a versão final após a revisão da responsável técnico-científica da rede de frio municipal foi publicada no portal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho e difundida por meio dos mais vastos veículos de comunicação segura.

A iminência da COVID-19, juntamente ao plano nacional de vacinação emergente, corrobora a manutenção no que diz respeito aos estudos sobre eficácia da vacina e comportamento do imunobiológico em resposta aos fatores imunológicos no organismo humano, bem como o combate à desinformação e à insegurança gerada pelo consumo de conteúdo pseudocientífico. Analisando essa perspectiva, evidencia-se a necessidade de continuidade das edições do manual e suas adaptações necessárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A notoriedade presente na iniciativa de construir esse manual foi de grande valia, uma vez que o momento predisponha à disseminação de informações falsas e incorretas, contrariamente às informações de cunho científico. A sistematização de todo o arsenal real por meio deste instrumento e o fomento à sua utilização favoreceu o atendimento à população de maneira oportuna.

O ambiente operacional *in loco* carecia de alguma referência espelhada na realidade que pudesse traduzir consubstancialmente a força de trabalho e o objeto alvo do trabalho de maneira segura. Estados de calamidade pública sanitária, tal qual o que vivenciamos pela pandemia atual, requerem urgências fundamentadas no que tange às tomadas de decisões, ponto focal da atuação deste produto técnico.

Após a sua publicação, observou-se melhoria quanto aos processos de trabalho em cada posto de vacinação, e como a instrumentalização progressiva foi observada a curto prazo por meio do feedback assertivo. Possibilitou, também, aos profissionais que opinassem para as possibilidades de adaptações futuras oportunas. Ferramentas como essa colaboram para uma melhor base assistencial e desenvolvimento na forma de como o conhecimento científico é traduzido à população usuária direta do serviço posto.

Fomentar a continuidade das atualizações das edições é uma proposta pertinente, visto que, provavelmente, com a experiência da campanha de vacinação e novos desdobramentos científicos relacionados aos imunobiológicos, revisões e adaptações poderão ser necessárias.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Portaria nº 193 de 18 de novembro de 2021**. AGEVISA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contr-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn>. Acesso em 10 out. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vacinas: Instrumentos Seguros e Fundamentais para a Saúde Pública**. FIOCRUZ, 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinas-instrumentos-seguros-e-fundamentais-para-saude-publica>>. Acesso em 10 out. 2022.

STEVANIM, Luiz Felipe. Uma vacina para a humanidade: da expectativa à realidade, os esforços para se chegar a uma vacina contra Covid-19 acessível à população. **RADIS Comunicação e**

Saúde, Rio de Janeiro, n. 216, p. 12-21, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43683>>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions**. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>>. Acesso em: 08 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Timeline - COVID-19**. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>>. Acesso em: 08 out. 2022.

